

GLADYS MARTINS BALBUENA DE SOUZA

**MULHERES GRÁVIDAS TRABALHADORAS: UMA
PROPOSTA EDUCATIVA PARA O EXERCÍCIO DA
CIDADANIA**

Pelotas, agosto de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
FAPERGS – UFPel – UFSC – FURG - URCAMP

**MULHERES GRÁVIDAS TRABALHADORAS : UMA
PROPOSTA EDUCATIVA PARA O EXERCÍCIO DA
CIDADANIA**

GLADYS MARTINS B. DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-graduação da Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do título de Mestre em
Assistência de Enfermagem

**Orientador: Prof. Dr. Ari Nunes
Assunção**

Pelotas, agosto de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

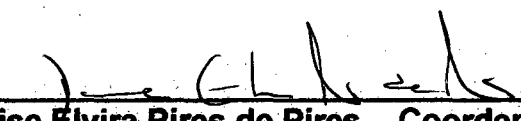
MULHERES GRÁVIDAS TRABALHADORAS: UMA PROPOSTA EDUCATIVA
PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA

GLADYS MARTINS BALBUENA DE SOUZA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

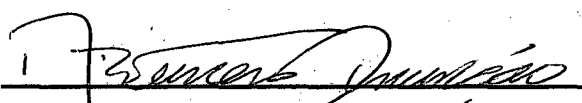
Mestre em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em _____ de _____ de 2001, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

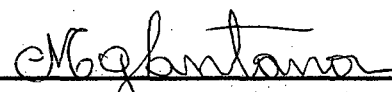


Dra. Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA:



Dr. Ari Nunes Assunção - Presidente

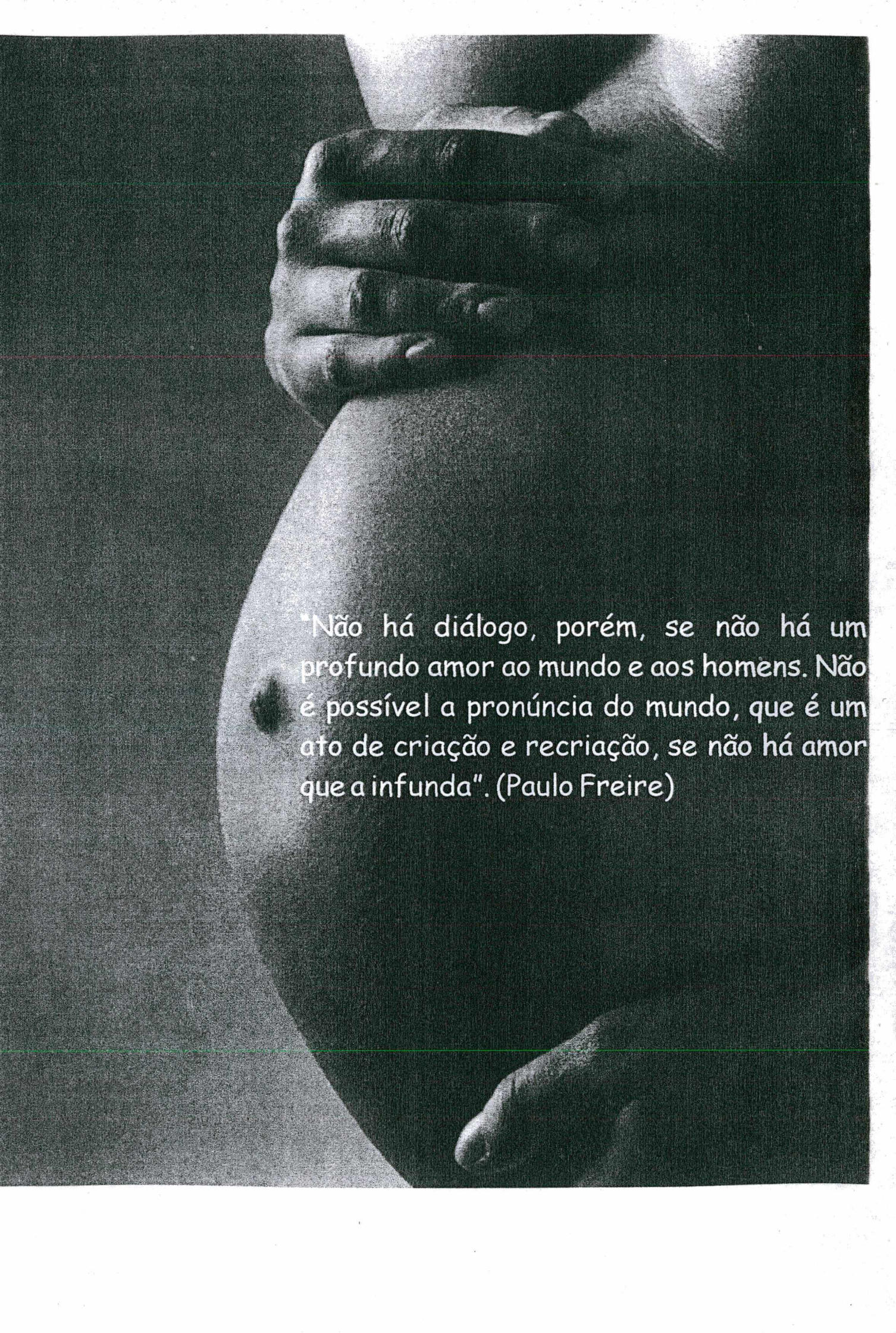


Dra. Maria da Glória Santana - Membro



Dra. Eliana Marília Faria - Membro

**"Quando o homem compreende sua realidade,
pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa
realidade e procurar soluções. Assim pode
transformá-la e com seu trabalho pode criar um
mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias".
Paulo Freire**

A black and white photograph of a pregnant woman's belly. A hand is resting on the upper part of the belly. The lighting is dramatic, with strong highlights and deep shadows. The text is overlaid on the lower right portion of the image.

"Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda". (Paulo Freire)

A meus três amores: Carlos, Marcelo e Natália sem os quais não teria felicidade nem buscaria a superação diária para dar-lhes alegria e mais conforto.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Dr. Ari Nunes Assunção orientador desta caminhada meu afeto e minha admiração.

A Dr.^a Luciane Kantorski que nos meus momentos de fraqueza estimulou-me com seus conselhos e confiança, meu carinho , minha amizade e minha saudade.

A Dr.^a Glória e Dr.^a Eliana sempre presentes nas minhas inquietações e inseguranças, desde o início desta caminhada.

Aos Drs., professores de diferentes áreas que transmitiram-me seus grandes e valiosos conhecimentos, o meu reconhecimento e afeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar comigo hoje e sempre;

A meus pais, Pablo e Dionísia, que com confiança e carinho ensinaram-me que na vida tudo é possível, basta se propor com dignidade e consciência;

A meu irmão, Walter, que sem ele não teria começado o curso de graduação e que com seu gesto humilde conquistou meus pais para que cedessem perante minha escolha profissional;

A enfermeira Betty, minha amiga que transformava cada encontro num incentivo para meus desafios;

A meus filhos Marcelo e Natália, por compreenderem que não há idade para continuar estudando;

A Carlos, meu querido esposo por compreender minhas ausências, minhas angústias, minhas esperanças;

A URCAMP, pela oportunidade deste conhecimento;

A Richard e Célia, pela amizade e acolhimento;

As colegas do mestrado pelo incentivo, pela amizade, pelo carinho que cada uma com suas características que lhe são próprias demonstrou tornando este convívio maravilhoso.

A todas as pessoas que colaboraram, de um modo ou outro nesta caminhada, não podendo esquecer mesmo aquelas que com sua negatividade ajudaram-me de forma positiva para mais uma conquista.

De coração muito obrigada.

RESUMO: Trata-se de uma experiência com um grupo de mulheres grávidas trabalhadoras. Objetivou estabelecer um canal de diálogo para construir uma ação prática e reflexiva visando problematizar suas condições de vida, direitos e deveres em relação aos cuidados de saúde. O processo educativo foi fundamentado em alguns conceitos da concepção pedagógica de Paulo Freire, possibilitando à mulher identificar sua situação no mundo problematizando-a para o exercício da cidadania. O locus da pesquisa foi o Ambulatório de Enfermagem onde se desenvolvem as atividades do Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde da Universidade da Região da Campanha – URCAMP, Bagé/RS. Dos cinco encontros realizados emergiram temas geradores, sendo operacionalizados através dos diálogos, de oficinas de colagem, leituras e reflexões sobre direito trabalhista e reportagens sobre o assunto e o universo vocabular. Como resultados dos encontros surgiram temas como: suporte familiar; emergindo emoções, a gestação como vínculo entre as mulheres; perspectivas maternas e um olhar sobre direitos e obrigações. Destacou-se neste trabalho a problemática entre empregador-empregada, estes não levando em conta que ambos possuíam direitos e deveres nessa relação trabalhista, como também possibilidades de alternativas para soluções emancipatórias. O estudo certamente contribuirá para a reflexão sobre os direitos atribuídos às mulheres grávidas trabalhadoras apontando para a construção de uma visão crítica do seu cotidiano de cidadã.

Abstract - The Following research details the work carried out with a group of pregnant women, all of whom are employed. The objective of the study was to establish communication with the women in order to construct a method of action, both practical and reflective, that has as its objective the exploration of the relationship between the women's quality of life, their rights, and their duties in relation to the health care given them. The research process was based upon various concepts taken from the pedagogical ideas from Paulo Freire, who argues that a woman can identify her situation in the world and involve herself within it, acting as a citizen with rights. The locus of the research was the Outpatient Department of Nursing, where the activities of the Center of Health Research of the Universidade da Região da Campanha –(URCAMP), Bagé, Rio Grande do Sul, are developed. Of the five meetings that took place there, various themes were developed that were created through dialogues, art workshops, lectures and reflections about the right of the woman employed, along with reports concerning the subject at hand and the knowledge common to this field of study. The themes established were the following: family support; emotional states of the women; pregnancy as a binding force between women; maternal perspectives and an eye toward rights and obligations. Outstanding in this research was the problem between employer and employee, namely those involved who do not realize that both parties have rights and duties. Another point of interest that emerged was the possibility of alternatives as emancipatory solutions. The work will certainly contribute to the reflection needed concerning the rights attributed to working pregnant women and will help to create a more critical vision of her daily life as a citizen.

Sumário

RESUMO

CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO	13

CAPÍTULO II	
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
2.1 – Contextualizando a atenção no pré-natal	34

CAPÍTULO III	
3. CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO.....	41
3.1 – Um olhar sobre Paulo Freire	41
3.2 – Apresentando Paulo Freire	42
3.3 – O método de Freire	43
3.4 – Marco Conceitual	49

CAPÍTULO IV	
4. CAMINHO METODOLÓGICO	56
4.1 – Contextualizando o local da Coleta de Dados	56
4.2 – Primeiros passos para formar o grupo	57

CAPÍTULO V	
5. RELATANDO E ANALIZANDO DADOS EMERGENTES DOS ENCONTROS COM AS MULHERES	60
5.1 – Primeiro encontro	62
5.2 – Segundo encontro	67
5.3 – Terceiro encontro	72
5.4 – Quarto encontro	75
5.5 – Quinto encontro	80

CAPÍTULO VI	
6. CONVERSANDO COM OS DADOS	83
6.1 – Suporte família	86

6.2 – Emergindo emoções	88
6.3 – A Gestação como vínculo entre as mulheres.....	90
6.4 – Perspectivas maternas	92
6.5 – Um olhar sobre direitos e obrigações	94
CAPÍTULO VII	
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	105

1 – INTRODUÇÃO

Ao realizar durante vários anos, consulta de enfermagem surgiu o interesse de procurar respostas as minhas inquietações e interrogações sobre o papel da enfermeira obstetra no ciclo grávido puerperal.

O motivo que me levou a realizar esta pesquisa foi a certeza de que no nosso dia-a-dia temos que inovar, com a consulta de enfermagem, para poder abranger cada vez mais as necessidades do ser humano já que ele é um ser inconcluso conforme postula Freire (1983, p.63).

O ser humano deve ser visto e tratado de forma holística¹, entretanto nem sempre concretiza-se este novo paradigma, pois, a partir da própria academia, percebe-se que é reproduzido um corpo de conhecimento, geralmente, fragmentado.

Quando se fala em saúde esta discrepância parece ficar mais evidente, uma vez que os cursos apresentam em sua tábua curricular blocos de disciplinas, como se fossem “nichos” independentes e herméticos, sem uma aproximação entre si o que certamente reforça a distância entre os conteúdos.

Horta(1979, p.03), quando se refere à enfermagem como “gente que cuida de gente” parece sugerir que, nesta interação, há uma ferramenta básica de que dispõem os enfermeiros para agirem e interagirem entre si e com o grupo de pessoas a quem prestam cuidados.

O que vem em benefício das pessoas cuidadas tecnicamente pode ser utilizado, no cotidiano, por aqueles que intervêm no processo saúde-doença, podendo, certamente, estabelecer-se um cuidado humanizado, digno e consciente.

Refletindo sobre estes aspectos e entendendo que se torna importante para compreensão do leitor a exposição de minha trajetória profissional, considero relevante expor minhas inquietações responsáveis pela criação da pesquisa

1. Holístico - De acordo Ferreira significa totalidade organizada.

intitulada “Mulheres grávidas trabalhadoras : uma proposta educativa para o exercício da cidadania”.

Ingressei à Universidade da República Oriental do Uruguai, no Curso de Obstetrícia, o qual pertencia à Faculdade de Medicina em 1961, concluindo o curso em 1964, conferindo-me o título de Parteira Universitária².

Comecei a trabalhar após concursada no serviço de ginecologia e obstetrícia no Hospital Militar das Forças Armadas (HMFFAA), vivenciando plantões de 12 h.

O Hospital contava com um plantão médico obstétrico, que era solicitado quando surgiam intercorrências como hemorragia do estado grávido-puerperal, ocasionados por aborto, gravidez ectópica, placenta prévia, mola hidatiforme, desprendimento prematuro de placenta ou quando surgisse a necessidade de realização do fórceps ou cesárea, entre outras emergências.

Era de minha competência a internação da parturiente, o controle de pré-parto e a assistência do parto.

No mesmo Hospital, atuei como educadora durante o período de 1964 a 1974, no curso de Psicoprofilaxia do Parto (Parto sem temor), tendo como objetivo transmitir o conhecimento necessário à gestante, condição propícia para um parto consciente e participativo, favorecendo o feto a mãe e o profissional. É portanto desmistificar o círculo vicioso:

“parto = medo \Rightarrow tensão \Rightarrow dor “ Read e Pavlov.

Em 1970 surgiu outro concurso que me possibilitou trabalhar na Maternidade e Bloco Obstétrico de um Hospital Particular, denominado Cooperativa Assistencial Médica do Uruguai (CASMU). Somei esta experiência àquela que já desenvolvia no Hospital Militar.

No ano de 1975 fixei residência no Rio Grande do Sul, na Cidade de Porto Alegre, começando a trabalhar no Hospital Moinhos de Vento, o qual me forneceu a documentação necessária para trabalhar legalmente na empresa, no Bloco Obstétrico e Berçário. Nesta instituição, o parto e os cuidados ao recém-nascido (RN) eram realizados por médicos obstétricos e pediatras respectivamente, podendo as enfermeiras colaborar com eles em todos os procedimentos.

2. Parteira Universitária – Título conferido pela Universidade da República Oriental do Uruguai após ter concluído o Curso Universitário de Obstetrícia na faculdade de Medicina

A partir daí, surgiu a motivação para concluir o curso superior em enfermagem o que ocorreu em 1981 na Universidade de São Paulo (USP).

No mês de dezembro do mesmo ano comecei a trabalhar no Hospital da Beneficência Portuguesa de Porto Alegre no Bloco Obstétrico e, posteriormente, na Chefia Geral de Enfermagem.

No ano de 1986, meu marido foi transferido para a cidade de Bagé onde fixamos residência, surgindo a oportunidade de ingressar no corpo técnico da Santa Casa de Caridade de Bagé inicialmente como chefe da Unidade Médico-Cirúrgica, em seguida como supervisora geral do turno da noite e, nos últimos 03 (três) anos(1989, 1990, 1991), como enfermeira assistencial no Bloco Obstétrico e Berçário.

Depois de trilhar um longo caminho como enfermeira assistencial, conforme descrito anteriormente, houve uma mudança de direção na minha caminhada profissional.

Foi quando a convite da Universidade da Região da Campanha (URCAMP) passei a atuar junto ao projeto para a criação e implantação do Curso de Graduação de Enfermagem nesta Instituição.

No curso de Enfermagem da URCAMP além das funções de coordenadora das atividades administrativas e didático-pedagógica assumi a função de docente.

A parte técnica do curso desenvolvia-se no período da tarde na Universidade enquanto que a prática se realizava durante o período da manhã no hospital da Santa Casa, no bloco obstétrico que está distribuído da seguinte maneira: sala de admissão e preparo da paciente, duas salas de pré-parto com banheiro, duas salas de parto, duas salas de cesárea, uma sala de curetagem, uma sala de recuperação, uma sala de preparo de material, berçário e copa. Foi possível este intercâmbio por existir um convênio entre as duas instituições.

Com o processo de evolução da enfermagem brasileira verificou-se a necessidade da implantação da consulta de enfermagem no pré-natal como uma prática de enfermagem, portanto vislumbrou-se esta nova idéia para o ambulatório do Hospital Universitário da URCAMP, sendo que, mais tarde, se transferiu para o ambulatório do Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde (NPAS), área exclusivamente construída para preparação do aluno, futuro profissional das áreas de saúde de Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

A partir do Curso de Graduação de Enfermagem da URCAMP criou-se em Bagé o primeiro ambulatório que instituiu a consulta do pré-natal realizada por enfermeira no dia 16 de março de 1994. Este fato gerou algumas insatisfações, sendo que a principal foi a não aceitação do médico-obstetra o qual reagiu frente à Reitoria, manifestando que a enfermeira estava invadindo seu campo profissional não o deixando realizar seu trabalho.

Houve uma reunião de esclarecimento na qual apresentei meus diplomas de Graduação, Pós-Graduação bem como a Legislação e provas documentais sobre a Consulta de Enfermagem.

Num primeiro momento expliquei que a consulta de enfermagem era realizada legalmente e falei sobre a função do enfermeiro, baseada na Lei 7498 que trata sobre o Exercício Profissional de 25/06/1986.

Além disso, esclareci que a abordagem da Consulta de Enfermagem era diferente da abordagem médica. A Consulta de Enfermagem segundo o meu entendimento procura abranger um todo, já que o ser humano vai além da soma das partes - corpo, espírito e mente, preocupando-se em realizar a prevenção de doenças, promoção e proteção à saúde.

A enfermagem procura motivar que as pessoas sejam capazes de realizar o auto-cuidado através de um processo educativo, reduzindo as internações e, quando isto não for possível, colaborar com sua reabilitação, realizando um processo educativo com o paciente e a família.

A consulta médica, de modo geral, é direcionada para uma terapêutica curativa e voltada para a doença. Através de comprovação legal fundamentada constatou-se que o profissional que tentava cercear a função da enfermeira desconhecia a legislação de enfermagem e os benefícios que a consulta traz ao cliente. Houve questionamento sobre o assunto, visando uma avaliação. Comentei que existe punição para o profissional que tentar cercear a atividade do enfermeiro, podendo ele (médico) ou a instituição a qual representa ser punido pela Comissão de Cerceamento do Profissional de Enfermagem, tendo em vista que este comportamento fere a Constituição Federal, o Código de Ética e o Código dos profissionais de enfermagem, bem como a Lei do Exercício Profissional. Após um longo debate foi esclarecido, permitindo que na Universidade da Região da

Campanha fosse realizada a consulta de enfermagem e também ensinado ao aluno como realizá-la.

Mesmo assim, este procedimento não é bem recebido por vários médicos, imagino que por ser uma situação nova, e portanto, assustadora, criou-se um escudo protetor através da resistência a essa prática. Talvez por ser esta uma cidade do interior que lentamente aceita modificações sobre um sistema tão antigo em que o médico trabalhava sozinho.

O Hospital da Santa Casa de Caridade de Bagé passou a oferecer um serviço de pré-natal similar ao do NPAS a partir do mês de abril de 1997. Este atendimento foi interrompido em 1999 por dois meses por problema médico-administrativo, reativando suas funções em novembro de 1999. O atendimento é voltado ao pré-natal e, é constituído por um obstetra e duas enfermeiras responsáveis pela Consulta de Enfermagem. Este serviço está pleiteando a aquisição do título de Hospital Amigo da Criança, pois, neste sentido, tem incentivado o parto normal e o aleitamento materno, humanizando assim este espaço de cuidado.

O Estado do Rio Grande do Sul possui uma área de 269.153,90 km², tendo 9.637.682 habitantes, com densidade demográfica de 47,17 hab/km². O Estado possui 467 municípios situados na zona urbana ou rural, e distribuídos em 22 regiões (IBGE, 1997).

O gestor de Saúde no Estado, a Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS), agrupa os municípios em 19 regiões de acordo com algumas características e distâncias regionais, constituindo assim as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

A sétima CRS abrange, na Região da Campanha, os municípios de Bagé (município Sede da Regional), Caçapava do Sul, Dom Pedrito, Candiota, Hulha Negra, Lavras do Sul e São Gabriel, totalizando uma área de 24.045,73 km².

O enfermeiro responsável no SMSMA - Bagé confirma que o atendimento ofertado pelos programas de saúde em Bagé centraliza-se no profissional médico o que denota uma despreocupação pela prevenção de doenças e promoção à saúde da gestante e da criança.

O dado que confirma tal posicionamento ocorre na área de enfermagem na qual há poucos enfermeiros lotados (06). Apenas dois destes atuam em programas

de prevenção de doenças e promoção à saúde da gestante e da criança, com ações restritas.

Um dos dois enfermeiros é responsável pela realização de coleta de material cito-patológico (CP) lotado no posto central, sendo que circula pelos demais postos com uma unidade móvel; o outro enfermeiro realiza a consulta de enfermagem do pré-natal em apenas um dos doze postos de saúde.

Entre os demais enfermeiros do município o terceiro enfermeiro é responsável pela área epidemiológica e imunização, o quarto enfermeiro direciona suas ações para a supervisão geral dos 12 postos de saúde; o quinto enfermeiro responsabiliza-se pela supervisão geral dos postos e o sexto enfermeiro, lotado diretamente na sede da SMSMA (Bagé), realiza a coordenação geral da área de enfermagem.

Conforme o exposto anteriormente, há carência destes profissionais de saúde na rede municipal, tornando quase inviável a prática de Consulta de Enfermagem que é o instrumento básico para realizarmos ações educativas em saúde. Considerando-se que a atenção à saúde no novo milênio carece de uma abordagem multi-disciplinar, reafirma-se a necessidade de ampliar a participação dos enfermeiros na equipe de atenção ao pré-natal.

Como mulher e como profissional compreendo que todo ser-humano é passível de temer o desconhecido e a tudo o que vai realizar pela primeira vez, se não tem noção dos acontecimentos. Neste estudo busco discutir as situações em que as gestantes ao terem medo, das etapas que envolvam o parto, muitas vezes por desconhecerem ficam tensas, apreensivas e angustiadas, acentuando esses sintomas na segunda metade da gravidez e aumenta sua insegurança à medida que se aproxima o parto.

Por essa razão, as futuras mães devem ser orientadas e preparadas psicologicamente para vivenciarem com mais conforto este momento humano, especial que é o de ser mãe.

Dessa maneira, entendo que se faz necessário um olhar mais acurado e atento à mulher grávida, compreendendo-a em sua totalidade. E nesse sentido proponho-me a contribuir através deste trabalho com alguns indicativos para este novo olhar.

Na minha trajetória profissional, além de ter percorrido todos os setores hospitalares, a maior parte do tempo estive junto às gestantes, cuidando, assistindo, orientando, apoiando e educando-as.

Na consulta de pré-natal conto com uma experiência de vinte e sete anos, 14 destes no Brasil.

Neste período, venho observando e vivenciando com frequência mulheres que não conseguem realizar com regularidade o acompanhamento das consultas.

Ao dialogarmos elas apontam diversos motivos que dificultam a realização do pré-natal, destacando que são:

- trabalhadoras, que não têm liberação no horário de serviço para realizar a consulta ou lhes é descontado o horário não trabalhado;
- donas de casa, que não conseguem desvincularem-se das suas tarefas domésticas;
- mulheres grávidas, que amamentaram durante pouco tempo seus bebês nascidos de partos anteriores por terem que trabalhar e não lhes ter sido permitido o afastamento necessário do seu local de trabalho para alimentarem seus filhos.

Passo a olhar esta situação como enfermeira e advogada³ e tentar discutir com estas mulheres que parecem desconhecer alguns de seus direitos constitucionais. Daí surgiu o título do trabalho "Mulheres grávidas trabalhadoras: uma proposta educativa para o exercício da cidadania".

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Método Psico-profilático ou método de READ teve início no ano 1933 e foi ignorado por mais de 20 anos, porque faltava a base científica que explicasse o mecanismo de ação e os fundamentos fisiológicos do método.

Sacchi, (1987, p.34), comenta que Pavlov e sua escola explicavam a base científica desse método, poupando sofrimento à mulher no transcorrer do parto. "É um método educativo, a parturiente é consciente de sua missão e sabe o que tem que fazer, participa de seu parto, e é responsável pelo resultado final".

Esta educação possibilita à gestante conhecer a anatomia de seus órgãos genitais, o desenvolvimento do feto e anexos ovulares (placenta, cordão umbilical, membranas ovulares e líquido amniótico). A mulher toma conhecimento das funções dos mesmos, da ruptura precoce, tempestiva e intempestiva da bolsa das águas, quer dizer antes do início do trabalho de parto, após 5 cm de dilatação cervical ou, no último caso, a dilatação completa do colo uterino.

Possibilita também a gestante a tomar conhecimento do apagamento e dilatação cervical, da elasticidade normal da vagina, devido à modificação própria da gestação, o que dá maior elasticidade à mesma para permitir a passagem fetal.

A passagem fetal pelo anel vulvo perineal raramente não lesará a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e rupturas variadas, podendo comprometer o assoalho. Por essa razão é importante que a gestante tome conhecimento sobre o que é a episiotomia que se caracteriza por ser uma pequena incisão realizada para ampliar o anel vaginal como forma de evitar possíveis rupturas e favorecer a cabeça fetal no período expulsivo.

É realizada, após, uma infiltração do nervo podendo com, em geral, emprego de 40 a 50 ml de xilocaína, lidocaína ou novocaína a 1%, em cada lado do

períneo, proporcionando bloqueio anestésico satisfatório com relaxamento do assoalho pélvico, Rezende, (1995, p.195).

Este procedimento cirúrgico pode ser realizado com tesoura ou bisturi, podendo ser mediano, médio lateral, que é a de preferência, ou ainda lateral.

As gestantes também adquirem noções gerais sobre qual o momento certo da internação hospitalar, evitando as idas e vindas ao bloco obstétrico o que as deixam preocupadas, nervosas e até temerosas de perder o bebê, quando o profissional as manda de volta para casa com informação de que ainda não é o momento do trabalho de parto.

A apreensão e o desespero são as reações mais comuns, sendo que com esta educação para o parto as gestantes ficam cientes do que são contrações uterinas, como começam, como se regularizam e quando aumentam de intensidade e de duração.

No início do trabalho de parto surge um incômodo semelhante a uma cólica menstrual e dor leve a nível lombar, intensificando-se após, apresentando espaçamentos, entre uma e outra contração, cada vez menores.

Quando começam as contrações a intervalos de 5 em 5 minutos, a paciente deve dirigir-se ao bloco obstétrico para avaliação médica; outro motivo de internação é a perda de líquido amniótico o qual escorre pelas pernas ou apenas causa a sensação de umidade.

Esse líquido apresenta um odor característico, como o do cheiro de água sanitária diluída em água, sendo incolor ou levemente tingido de verde. Nesse caso, as gestantes devem ir ao bloco obstétrico para avaliação a fim de evitar problemas como infecção ovular ou sofrimento fetal o qual pode acontecer se a paciente ficar em casa esperando o surgimento da contração uterina.

Muitas vezes a gestante ao perder o tampão mucoso, o qual pode estar mesclado com estrias sanguinolenta, que é um sinal de apagamento cervical, menciona que está apresentando sangramento. Deve-se evitar que ocorra esta confusão, porque a real perda sangüínea é geralmente causa de patologias e deve ser examinada com critério no ambiente hospitalar.

Falando sobre “relax” muscular, devemos orientar as gestantes sobre a prática da respiração abdominal e da respiração “cachorrinho” a fim de que saibam comandar os músculos voluntários (diafragma e músculos da parede abdominal) no

momento oportuno para que, dessa maneira, tenham a possibilidade de ter uma experiência positiva e gratificante do parto.

Sacchi (1987, p.73), menciona: “O esforço inútil que as gestantes não preparadas realizam produz esgotamento do sistema nervoso e repercute sobre a sinergia funcional que deve existir entre o corpo e o cérvix uterino”.

Esta relação corpo uterino e cérvix, ao sofrer alteração, repercute no último que em vez de dilatar responde com uma contração, originando um espasmo, tornando-se duro e rígido, detendo o parto. Frequentemente estes casos terminam em cesárea, portanto é relevante falar sobre o parto natural e sobre o parto cirúrgico, que é a cesárea, para as gestantes.

De acordo com Peres, (1981), parto normal é um fenômeno obstétrico perante o qual o feto, já viável, percorre as vias naturais, canal do parto, e sai para o exterior, impulsionado pelas forças naturais.

No parto natural a onda contrátil tem origem nas proximidades da implantação das tubas uterinas direita e esquerda (marca-passo).

Segundo Rezende, (1995, p.162), o marca-passo direito seria predominante, em algumas mulheres o esquerdo o principal; ainda se admite o funcionamento alternado, certas ondas nascem do direito e outras do esquerdo, sem que haja todavia interferência entre eles.

Além disso, comenta que do marca-passo a onda se propaga ao resto do útero na velocidade de 2 cm/segundo, percorrendo todo o órgão em 15 segundos. O sentido da onda contrátil é descendente em quase sua totalidade, sendo que apenas em um trajeto, que se dirige ao fundo, é ascendente.

A intensidade das contrações diminui das partes altas do útero para as partes baixas. No colo somente o tecido muscular liso que circunda seu orifício interno pode se contrair, com intensidade muito inferior ao do corpo, sendo que o orifício interno do colo é incontractil por não possuir músculo.

Pode-se dizer, então, que a onda contrátil do parto possui o triplo gradiente descendente: as contrações começam primeiro, são mais intensas e tem maior duração nas partes altas do útero, do que nas baixas.

O progresso da dilatação cervical depende da contractilidade uterina propagada, coordenada e com triplice gradiente descendente. Estando a dilatação completa, é de fundamental importância a colaboração da grávida, ao estar no

período expulsivo, deverá ser levada à sala de parto, sendo colocada na mesa de parto e na posição de decúbito dorsal.

A mesa de parto possui braçadeiras nas bordas laterais para apoio das mãos e pernas metálicas providas de estribos, destinados a sustentação dos membros inferiores.

A partir desse momento origina-se a “vontade de espremer”, os “puxos”, movimentos enérgicos da parede do ventre, semelhantes aos suscitados pela evacuação ou micção penosas, Rezende, (1995 p.189).

A paciente estando preparada com o “curso Psico-profilático” terá noções de todos os períodos do parto, podendo colaborar, significativamente, consigo mesma, com o feto e com o profissional.

Conforme Sacchi, (1987), de igual maneira que todo músculo que trabalha o útero em cada contração consome energia. Esta energia é obtida queimando glicose, que está diluída no sangue e armazenada no fígado e nos músculos, quando houver necessidade a retira do depósito, oferecendo ao órgão que precisa, por essa razão usam-se freqüentemente glicose ou balas no trabalho de parto. Para realizar este processo o músculo necessita de oxigênio e é através da respiração abdominal no início e após da respiração do cachorrinho que se satisfaz esta necessidade.

Ao ter maior ventilação pulmonar o sangue terá maior oxigenação, oferecendo-o ao útero o qual tem a função mais importante neste momento.

Quando o músculo trabalha num meio pobre em oxigênio, trabalha mal, sofre e este sofrimento se traduz em dor. Daí a importância da respiração e do controle dos músculos voluntários na gestação, para que tenha um parto gratificante e consciente.

Ao falar de parto normal torna-se importante expor algumas orientações pertinentes. Durante o período expulsivo é dizer após a dilatação completa e já realizada a episiotomia, durante uma contração uterina é importante realizar uma inspiração profunda. Nesse momento, o diafragma contrai-se e descende pondo-se em contato com o fundo uterino, enquanto que os músculos abdominais o rodeiam por diante e pelos lados.

Nesse período, a paciente deve flexionar a cabeça para frente pondo o mento em contato com o esterno, realizando uma contração forte dos músculos

abdominais e um esforço da cintura para baixo, é importante, nesta etapa, que a gestante apreenda com as mãos as agarradeiras de metal e as puxe para atrás, flexionando os braços e levantando os cotovelos a modo de “remador”, contribuindo assim com o esforço mais produtivo.

Após a contração deve-se expirar o ar, não podendo manter o ar inspirado durante o tempo que dura a contração deve-se soltar o ar lentamente, inspirar novamente e realizar o esforço de novo até findar a contração uterina.

Deve-se lembrar também que os pulmões, após a inspiração, apoiam-se no diafragma, este empurra o útero que por sua vez está contraído empurrando o feto, e também a contração dos músculos abdominais, colaborando todos para a expulsão fetal.

Todo o conjunto de esforços encaminha para o parto natural, pois o feto vai adaptando-se ao canal do parto, realizando um determinado mecanismo para sair ao exterior. Comenta-se que quanto mais a mãe colabora melhor será para ela e para o bebê, evitando assim o cansaço materno e tendo melhor prognóstico fetal.

Assim, Maranhão (1990, p.23) refere existir uma necessidade de se atuar em cursos de preparo para o parto, tendo o objetivo de fornecer à gestante os conhecimentos necessários não somente sobre si mesma mas também sobre a gestação, o parto e o puerpério. Estes cursos possibilitam que a gestante participe ativamente de seu parto, trazendo benefícios a ela, ao bebê e ao profissional que a assiste.

Após ter falado de parto normal, faz-se necessário comentar que cesariana ou cesárea trata-se de uma incisão cirúrgica na parede do abdome e logo do útero para a retirada do feto, quando não é possível o parto natural e quando se reúnem uma série de condições que obrigam a extração do feto por via cirúrgica.

É preconizado pelos especialistas da área materno-infantil que a mulher, no seu período gestacional, deve ter um acompanhamento com profissionais de saúde os quais podem orienta-la e detectar precocemente qualquer alteração em seu estado de saúde.

A gestação não é considerada doença e sim um estado fisiológico da mulher, mas devemos lembrar que, muitas vezes, pode estar associada à hipertensão crônica, doença cardíaca, diabetes ou outra patologia.

Por isso, exige cuidados especiais para que tanto a mãe sadia como as portadoras de patologias cheguem ao final da gestação, ao parto e continuem nas melhores condições de saúde, evitando seqüelas, ou se não as pudermos evitar, tratar de que sejam minimizadas.

A gestante sem patologias presentes pode continuar saudável em todo o curso da gestação, bem como aquelas com alterações fisiológicas, já diagnosticadas, podem não agravar sua patologia através de um controle de pré-natal adequado.

A lei 7498/86 que dispõe sobre o regulamento do exercício da Enfermagem cita no art. 11 que:

O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

1- Privativamente:

i) Consulta de Enfermagem ;

A metodologia da consulta de Enfermagem ajuda ao enfermeiro a identificar os problemas da cliente, em relação ao seu contexto, orientando-a para o autocuidado e profilaxia de doenças. É um processo participativo que visa à melhoria da qualidade de vida de nossos clientes.

“A consulta de Enfermagem configurada como uma atividade independente beneficia o ensino como um método de assistência e pesquisa e o cliente como um usuário do serviço de saúde. É uma atividade privativa e legal do enfermeiro que deve ser exercida no cotidiano da Enfermagem com respaldo em lei”, Vanzin & Neri; (1996, p.112).

Sabe-se que a gravidez normal tem, em média, uma duração de duzentos e oitenta dias (nove meses ou 40 semanas) o que consideramos gestação a termo; no entanto o parto pode acontecer a partir das trinta e oito semanas, sendo considerado prematuro se ocorrer antes de 37 semanas.

A gravidez de alto risco é aquela em que a mãe e/ou feto apresentam risco significativo de morte ou incapacitação. Os fatores de risco materno são antecedentes gineco-obstétricos prévios, doenças maternas prévias ou intercorrentes, condições obstétricas, hábitos adquiridos, incluindo os fatores sócio-econômicos e emocionais.

Para Maldonado (1991, p. 39), a origem de certas modificações da gestação são ainda discutidas.

“Neste período a mulher geralmente sente maior necessidade de afeto, cuidados e proteção; precisa receber mais do que dar e aparentemente as mulheres que mais recebem esta cota extra de afeto são as que posteriormente mais conseguem dar carinho e amor ao bebê”.

Quadro1 - Principais causas de gestação de alto-risco:

Pós-maturidade (≥ 42 semanas)
Doença hemolítica perinatal
Toxemia (pré-eclâmpsia)
Hipertensão essencial
Nefropatia
Colagenose
Diabete
Cardiopatias
Anemia (hemoglobinopatia)
Pneumopatia
Hipertireoidismo
Crescimento intra-uterino retardado (CIR)
História obstétrica de natimorto
Gestantes menores de 18 anos
Grávida idosa (≥ 40 anos)
Descolamento prematuro da placenta (forma “crônica”)
Gravidez gemelar
Ruptura prematura das membranas ovulares

FONTE: Rezende, Obstetrícia Fundamental, 1995, p.350

Para melhor entendimento do leitor faz-se necessário o esclarecimento do quadro acima.

Fundamentado em Rezende 1995, a pós-maturidade é o resultado da gravidez prolongada com duração igual ou superior a 42 semanas (294 dias completos), contados a partir do primeiro dia da última menstruação, OMS⁴, FIGO⁵, 1976.

Podemos distinguir a gravidez prolongada fisiológica que ultrapassa o termo cronológico e não há disfunção placentária. Da gravidez prolongada patológica na qual o parto não se dá apesar do complexo endócrino metabólico gravídico e do desenvolvimento fetal ter alcançado o termo, surgindo disfunção placentária, podendo repercutir gravemente no produto.

A gravidez pode-se completar desde 259 dias, embora o pós-termo só se considere >294 dias. A placenta tem uma duração em torno de 280 a 300 dias e, ao se aproximar do término da gestação ela sofre modificações que caracterizam seu envelhecimento, daí em diante vão acentuando-se os fenômenos do processo o que repercute na deficiência das trocas placentárias que se tornam insuficientes, ocasionando graves repercussões sobre o feto e sendo responsável pela alta mortalidade fetal e neonatal. O conceito⁶ pode morrer antes, no transcurso ou após o parto, ensombrecendo o prognóstico quando surge o mecônio o que explica asfixia antes ou intraparto com a aspiração neonatal do mecônio.

A doença hemolítica neonatal é decorrente da incompatibilidade sangüínea materno-fetal, "mãe Rh negativo e pai Rh positivo". Nesse caso, o feto possui fator sangüíneo de herança paterna ausente no organismo da gestante e capaz de imunizá-la, produzindo anticorpos específicos. Os anticorpos, passando para o feto vão, em virtude da reação específica antígeno-anticorpo, produzir hemólise de suas hemácias ulteriormente a dos eritrócitos do recém nascido, condicionando os diferentes quadros clínicos da doença. Ao examinar o recém nascido aparecem características peculiares ao tipo de incompatibilidade e à forma clínica da enfermidade.

Nos casos de incompatibilidade Rh os recém nascidos hidróticos apresentam deformações pela infiltração edematosa que lhe invade todo o corpo,

4. OMS - Organização Mundial da Saúde.

5. Figo - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria

6. Conceito - O que é concebido, feto.

sendo que o fígado e o baço ficam avolumados, sendo comumente chamado de abdome de batráquio.

Nos casos de icterícia grave esta se instala precocemente, nas primeiras horas de vida, apresentando sempre aumento de fígado e baço. Esta icterícia não deve ser confundida com a forma benigna a qual tem início no segundo ou terceiro dia do recém nascido, desaparecendo espontaneamente, atingindo 50% de neonatos.

A sonolência exagerada seria patognomônica⁷ do kernicterus⁸, podendo provocar distúrbios nervosos centrais por impregnação cerebral de bilirrubina. Se acentuada pode evoluir para hipertonia generalizada, câimbra e espasmos que se fazem notar com predileção pelos músculos da face(riso sardônico).

O prognóstico é sombrio em razão das seqüelas neurológicas sérias que eclodem no final do primeiro ano de vida, já que os problemas clínicos fundamentais aparecem após o nascimento.

A toxemia gravídica (pré-eclâmpsia) é uma doença multissistêmica que ocorre habitualmente no final da gestação, manifestando-se clinicamente com a tríade sintomática: edema, hipertensão e proteinúria. Nas fases graves, em virtude da irritabilidade do Sistema Nervoso Central, originam-se crises convulsivas denominando-se eclâmpsia. Se as crises convulsivas forem ausentes, trata-se da pré-eclâmpsia. Esta doença constitui a entidade clínica mais importante da obstetrícia atual, de incidência relativamente grande e de etiologia desconhecida, sendo uma das principais causas de morte materna no ciclo gestatório.

Na eclâmpsia leve observa-se a P.A (Pressão Arterial) igual ou maior que 140 por 90, aumento de 30 mmHg na P.A sistólica, P.A.M igual ou ainda superior a 90mmHg ou elevação de 20 mmHg na P.A diastólica previamente conhecida.

O edema é valorizado se não cede com repouso ou se estiver acompanhado por um aumento subitâneo de peso igual ou superior a 500g/semana e a proteinúria igual superior a 300 mg nas 24 horas. A pré-eclâmpsia grave apresenta a P.A igual ou superior a 160x110 mmHg, apresentando os sintomas premonitórios de eclâmpsia que são cefaléia, confusão mental, mosquinhas voando, borramento da

7. Patognomônico - Característico ou típico de uma moléstia.

8. Kernicterus - Pigmentação por bilirrubina da substância cinzenta do Sistema Nervoso Central, especialmente dos gânglios da base, acompanhada de degeneração das células nervosas.

visão, proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas, oligúria, edema pulmonar, cianose e hemoconcentração.

A hipertensão é a doença que com maior frequência causa complicações na gravidez, sendo responsável pelo elevado índice de morbi-mortalidade perinatal e materno. O diagnóstico precoce e adequado é necessário para melhorar o prognóstico do binômio mãe-feto.

Podemos considerar doença hipertensiva transitória (gestacional ou tardia) leve ou moderada aquela que ocorrer sem edema e proteinúria no final da gravidez ou nas primeiras 24h do pós-parto. A hipertensão transitória é provavelmente a causa de diagnóstico de pré-eclâmpsia em múltiparas e pode ser a fase pré-proteinúria da toxemia.

A hipertensão crônica é definida como hipertensão que se instalou anteriormente ou foi diagnosticada antes de 20 semanas de gestação, sendo os níveis tensionais iguais aos da toxemia, P.A igual ou superior a 140x90.

A hipertensão que é diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez e persiste até os 42 dias do pós-parto é classificada como hipertensão crônica ou essencial. Pode tratar-se também daquela hipertensão que inicia bem antes da gestação.

O diabetes é uma doença metabólica crônica, de ordem genética, que se manifesta por hiperglicemia, glicosuria, aumento de catabolismo protéico e cetoacidose, existindo correlação entre diabetes e gravidez. Podemos ver a influência da doença sobre a gestação.

Em relação à mãe pode haver aumento na incidência de complicações na gravidez como toxemia em 25% dos casos; polidrâmnia em 25% a 30% e maior índice de infecção urinária e pielonefrite. Já em relação ao feto, podemos dizer que pode apresentar macrossomia, com possibilidade de distocia mecânica no parto; produção de insulina exagerada pela transferência da glicose da mãe que incita o maior estímulo das ilhotas de Langerhans no pâncreas, sendo assim a hiperinsulinemia responsável pela macrossomia porque atua como fator de crescimento; óbito fetal por lesões placentárias; sofrimento fetal durante o parto; complicações respiratórias; malformações fetais, entre outras.

A anemia nutricional, caracterizada pela queda anômala da taxa de hemoglobina no sangue, é resultante da deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12 cuja etiologia é devido à dieta inadequada, multiparidade com pequeno intervalo entre os partos, doenças e infestações intercorrentes.

A doença reduz a resistência a infecções, aumentando a taxa de complicações da gravidez e do parto, podendo ocasionar, antes ou depois do parto, hemorragias importantes e prematuridade, elevando o risco de mortalidade materna.

O Hipertireoidismo é caracterizado por funcionamento anormal da hipófise e com pouca frequência é associado à gestação, já que a mulher portadora da doença tem pouca possibilidade de engravidar.

Surgindo a gestação, geralmente, durante a primeira metade da mesma não se realiza tratamento e na segunda metade usam-se medicamentos, na menor dosagem possível, capaz de manter a gestante eutireóidea, diminuindo assim a possibilidade de efeito nocivo ao feto.

As principais repercussões sobre a gravidez são aborto, parto prematuro, RN de baixo peso e aumento da mortalidade perinatal.

O crescimento intra-uterino retardado é ocasionado por múltiplas causas e essa patologia confirma-se quando o produto apresenta um peso de 10% da idade gestacional (pequeno-para-a-idade gestacional).

Para determinar esta alteração com mais precisão usa-se a ultra-sonografia para determinação isolada do diâmetro biparietal (DPP), determinação seriada do DPP, determinação da circunferência abdominal e do volume de líquido amniótico(VLA).

Temos entre as causas de origem materna diabetes, hipertensão, nefropatia hipertensiva as que provocam alteração dos vasos placentários, diminuindo o oxigênio e a demanda nutricional ao feto, especialmente a glicose, apresentando assim insuficiência placentária. Doenças placentárias como infarto, placenta prévia e outras também podem causar insuficiência placentária.

Pode ocorrer também, anomalia primária no desenvolvimento fetal por infecção congênita no início da gravidez por toxoplasmose, rubeóla, mal formações cardíacas

ou do tubo neural, sendo que alcoolismo crônico, tabagismo e uso de drogas também formam parte da etiologia o qual apresenta prognóstico sombrio.

Quando falamos de ruptura prematura de membrana, referimo-nos a ruptura espontânea de membranas ovulares, antes do início do trabalho de parto, em qualquer idade gestacional, estando associada a uma série de complicações que variam de acordo com a idade gestacional e o período de latência, lembrando que o período de latência é aquele tempo decorrente entre a ruptura de membranas e o início do trabalho de parto.

As causas podem ser ocasionadas pela fragilidade das membranas, infecção das mesmas devido ao ascenso de germes vaginais, excesso do líquido amniótico que aumenta a pressão intraovular (polidrâmnio), gestação múltipla, entre outros. Há aumento de infecções maternas e perinatais, partos operatórios, hipoxia e prematuridade.

Ocorre gestação múltipla quando existe gestação simultaneamente de 02 ou mais fetos. Serão idênticos os univitelinos (fecundação de óvulo e espermatozóide únicos), e de semelhança relativa os bivitelinos (dois óvulos e dois espermatozóide fecundados) similares a gestações diferentes.

A gestação múltipla pode apresentar toxemia tardia, em 20% dos casos, anemia por aumento da demanda de ferro e ácido fólico, parto prematuro, recém nascido de baixo peso, hemorragia pós-parto, decorrente da sobre distensão uterina, amniorrexe prematura, favorecendo posições anômalas ou procidências de cordão ou de membros fetais, crescimento diferente de um dos fetos devido ao fato de que um monopoliza a circulação do outro, sendo ele um transfusor e outro um receptor. Devido a estas causas citadas, é relevante a morbidade e mortalidade perinatais.

Foi realizado um comentário sobre as doenças mais importantes e freqüentes em nosso meio e relacionadas ao quadro superior, gestação e adolescência serão comentadas posteriormente.

Indicadores do risco materno-infantil de acordo com a SSMA, setembro de 1997.

Fatores Sócio-Econômicos	Baixa renda, condições precárias de habitação; má nutrição; baixo nível educacional; ocupação dos pais em atividade braçal ou semi-especializada; mães solteiras, principalmente adolescentes; gravidez indesejada.
Fatores gineco-obstétricos Prévios	História de infertilidade; gravidez ectópica ou aborto espontâneo; anomalias uterinas; trabalho de parto prematuro em gestações anteriores; feto macrossômico; multiparidade; história de natimorto, malformações ou recém-nascido de baixo peso; mola hidatiforme ou coriocarcinomas prévios.
Doenças maternas prévias	Cardiopatia; pneumopatia; diabetes mellitus; tireopatia; doenças Gastrointestinais, renais ou neurológicas; hemoglobinopatias; doenças sexualmente transmissíveis; neoplasias; retardo mentais ou doenças psiquiátricas.
Condições Obstétricas	Pré-natal ausente ou tardio; hemorragia anteparto; gestações múltiplas; hipertensão induzida pela gestação; ruptura prematura de membranas; isoimunização; gestação prolongada; retardo de crescimento; polidrâmnio; anemia; apresentação anômala.
Hábitos	Fumo, alcoolismo e uso de drogas.

FONTE: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SSMA), 1997.

A interação gestante-família-enfermeiro na evolução da gravidez é fundamental, devendo o enfermeiro promover suporte emocional a fim de evitar que fatores psíquicos possam vir a complicar sintomas orgânicos.

Como a gestação não é considerada doença, devemos explicar todas as modificações normais do organismo materno para ser encarada com naturalidade pela grávida e sua família, senão em vez de apresentar um acontecimento maravilhoso e tranquilo, tornar-se-á uma espera doentia e uma situação desagradável para todos os integrantes do lar. Aconselha-se, portanto, que a conquista de pré-natal seja acompanhada do marido, sogra, mãe ou outro familiar, para avaliar a evolução da gestação e acompanhar as orientações dadas à gestante.

De acordo com Rezende (1991, p.209), "assistência pré-natal constitui exercício da Medicina Preventiva, visa preservar a saúde física e mental da grávida e identificar alterações próprias da gravidez que possam alterar o seu curso ou repercutir nocivamente sobre o feto".

Para Nogueira (1994, p.25), "assistência de pré-natal é a avaliação sistemática, cuidadosa e o acompanhamento da paciente grávida a fim de assegurar as melhores condições de saúde possíveis para a mãe e o feto".

É evidente, então, que esta assistência é essencial para reduzir a mortalidade materno-infantil e a prematuridade.

Para Carvalho/Maranhão et al, (1990, p.19), "durante o atendimento à gestante no período pré-natal, a enfermeira poderá identificar seus problemas e angústias, ajudando-a na resolução dos mesmos e amparando-a, quando necessário, quanto as suas angústias, dúvidas e ansiedades".

Desta forma, a gestante poderá vivenciar uma gravidez, provavelmente, mais tranquila, beneficiando a si mesma e ao feto.

Concordo com Domingues (1981, p.21), quando ao referir-se à consulta de Enfermagem diz que, através desta, o enfermeiro presta uma assistência sistematizada e integral à gestante nas suas necessidades individuais.

A mesma autora considera que no contato com a gestante, durante a assistência de pré-natal, o enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver ações educativas com a finalidade de prepará-la para o auto-cuidado.

2.1 - CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL

Como já foi mencionado anteriormente, as mudanças provocadas pela gravidez não se restringem apenas a variáveis psicológicas e bioquímicas, sendo os fatores sócio-econômicos igualmente importantes.

Na sociedade atual, a mulher trabalha fora, sendo também co-participante do orçamento familiar, muitas são solteiras, adolescentes ou estudantes, tendo que enfrentar sozinhas o ato de ser mãe.

Estas privações econômicas, ou afetivas bem como a dificuldade para conseguir tempo para ir à consulta de pré-natal aumentam sua tensão, intensificando sua frustração e gerando, muitas vezes, raiva e ressentimento. Verifica-se, no cotidiano do serviço, um aumento progressivo de gestações não planejadas, pois em nosso ambulatório, no ano de 1997 de 385 gestações somente 93 foram planejadas; no ano de 1998, de 390 gestações 90 foram planejadas e no ano de 1999 de 327 gestações apenas 77 foram planejadas, segundo o Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde da URCAMP.

De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2000), no Brasil aproximadamente 10.000.000 de mulheres estão expostas à gravidez indesejada por uso inadequado de métodos anticoncepcionais, ou por desconhecimento ou dificuldades de acesso aos mesmos.

Em relação às gestantes de alto risco que representam 15% do total de mulheres grávidas, os profissionais não preparados para identificar em situações de risco e a desorganização dos sistemas de saúde, raramente garantem o encaminhamento a serviços específicos.

A gestação de alto risco dá origem a morbi-mortalidade materna e perinatal, acometendo principalmente mulheres pertencentes às classes sociais menos favorecidas, com pouca escolaridade, de nutrição e nível educacional precário.

Muitas vezes ocorre que tendo elas ou seus pais atividades de baixa remuneração, por falta de qualificação ou tratando-se de gravidez indesejada ou gestante maior de 40 anos ou ainda adolescentes, na maioria das vezes, sem acesso a serviços de saúde de boa qualidade, com uma incidência em torno de 10% a 15%.

A gestação não planejada vem crescendo nas estatísticas, tornando-se um agravo mundial. Nos Estados Unidos, estima-se que a cada 26 segundos uma adolescente engravida e a cada 56 segundos ocorre um parto de mãe adolescente, (US Department of Health). Esta cifra representa 1 milhão de adolescentes grávidas/ano, sendo que 70% delas não recebem um pré-natal adequado; no entanto, pertencem a um grupo de gestantes que necessita de atenção específica e diferenciada.

Em 1995, no Brasil, da totalidade dos procedimentos pagos cerca de 30% representaram atendimento ao parto de adolescentes de 10 a 14 anos e cerca de 75% a gestantes adolescentes entre 15 e 19 anos.

Da totalidade de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde 2% foram entre 10 e 14 anos e 20% entre 15 e 19 anos. A gravidade é que o estudo vem demonstrando um aumento progressivo ano a ano, Datasus.

A realidade do Rio Grande do Sul não é diferente. Um levantamento, recentemente realizado pelo Datasus, mostra a precocidade da vida sexual e da idade do primeiro parto. Demonstra, também, que 37% dos óbitos maternos, em consequência de problemas relacionados à gestação, parto e puerpério, incidem em mulheres com menos de 24 anos e 10% entre mulheres grávidas com menos de 20 anos.

Atualmente, no Rio Grande do Sul, a população de mulheres que teve atendimento de pré-natal nas unidades de saúde do SUS de um total de 27.450 atendimentos 25,8% foram prestados a grávidas com menos de 20 anos de idade, sendo particularmente preocupante a presença de adolescentes grávidas com até 10 anos de idade.

Os dados (Datasus, 2000) mostram que as gestantes adolescentes apresentam maior índice de anemia, eclâmpsia, parto prematuro e recém-nascidos de baixo peso. Esses recém-nascidos podem apresentar predisposição ao retardo

mental, dano cerebral e problemas comprometedores no parto. Constatou-se que quanto mais jovem foi a gestante maior será o risco de complicações maternas e fetais.

O coeficiente de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos de crianças menores de um ano, calculado na base de 1000 nascidos vivos. Este coeficiente é reconhecido como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois as mortes de menores de um ano decorrem diretamente de más condições do pré-natal, gravidez, tipo e condições de parto, intervalo entre os partos, hipertensão, síndrome de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, prematuridade, baixo peso ao nascer, más formações congénitas, mães portadoras de HIV, doenças infecto-contagiosas, entre outros, Kozu, 2000.

A falta de informação, a sub-notificação de óbitos e a precária assistência obstétrica que é oferecida na rede pública de saúde evidencia que, de acordo com a FEBRASGO (Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2000), a problemática de morte materna no Brasil relaciona-se com a falta de reconhecimento de que se trata de um fato político e social. Desses óbitos, 98% poderiam ter sido evitados se fossem asseguradas as condições dignas de vida e de saúde as gestantes conforme ocorre nos países desenvolvidos.

Devido à grande extensão do Brasil e às diferenças culturais existentes torna-se mais evidente a situação problemática de tal forma que nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a existência de cemitérios clandestinos, as ocorrências de partos domiciliares na área rural, a dificuldade de acesso a cartórios e o desconhecimento da população a respeito da importância do atestado de óbito como instrumento de cidadania favorecem ao sub-registro de óbito materno. Facilita também o incorreto preenchimento da ocorrência de óbito materno em unidades de terapia intensiva distantes do parto, ou aborto, porque se declaram as causas relacionadas com as complicações, esquecendo o evento obstétrico.

Enquanto a mortalidade materna é subestimada a FEBRASGO (2000) comenta que aplicando um fator de correção de 2.0 obtêm-se valores de 118.2 óbitos por 100.000 nascidos vivos, cerca de 9 vezes superiores aos considerados aceitos pela Organização Mundial da Saúde. Segundo Vieira (2000), no ano de

1998, no Rio Grande do Sul houve uma mortalidade materna de 87 para cada 100.000 nascidos vivos.

Em 1999, a mortalidade materna foi de 51.3 para cada 100.000 nascidos vivos, segundo a Coordenadoria de Informação da Secretaria Estadual de Saúde. Na cidade de Bagé, em 1998, houve uma morte materna não pertencendo à Sétima Coordenadoria Regional, já em 1999 não ocorreu nenhuma.

Os dados fornecidos pela 7ª Coordenadoria Regional da Saúde de 1997, 1998 e 1999 (anexos 4,5 e 6) informam que Bagé (sede) apresenta índices elevados de mortalidade infantil, de intercorrências perinatais de recém nascidos de baixo peso, entre outras causas. Dados estes que poderiam ser modificados com um pré-natal consciente tanto por parte da futura mãe como dos profissionais de saúde.

Os professores de ginecologia e Obstetrícia Caldeyro Barcia e Américo Estáble, 1960, Uruguai, comentaram que até na área rural simplesmente com um esfigmomanômetro, uma balança e uma orientação criteriosa teríamos um menor índice de morbi-mortalidade materno-infantil. Certamente aqui no Brasil se aumentassem os números de enfermeiras na consulta do pré-natal e todos os profissionais da área de saúde realizassem durante as suas consultas as orientações com o objetivo do auto-cuidado, o índice de mortalidade também seria menor.

Em 1997, os dados demonstraram que de um total de 2.361 nascimentos houve um percentual de 10,2% de recém nascidos de baixo peso, menos de 2.500g, deste total de 2361 nascimentos, frente à situação perinatal, ou seja, entre gestação e parto, houve uma relação de 7,8%, sendo que o tipo de parto espontâneo foi 57,6% e cesáreo 41,3%. O coeficiente geral de natalidade foi 20,09%, mortalidade perinatal III 27,11%, neonatal precoce 11,86%, neonatal tardia 4,49%, neonatal 16,09%, infantil tardia 8,05% e mortalidade infantil 24.14%. em relação ao grau de instrução as mães apresentaram nenhuma instrução formal 2,2% e primeiro grau incompleto 56,4%, 1997, anexo 4.

Coeficiente de mortalidade neonatal precoce igual de 0/7 dias.

Coeficiente de mortalidade neonatal tardia igual de 7/28 dias.

Coeficiente de mortalidade neonatal igual de 0/28 dias.

Coeficiente de mortalidade infantil tardia igual de 28/1ano.

Coeficiente de mortalidade infantil igual a 0/1 ano.

Coeficiente de mortalidade geral igual a todas as idades.

Na Sétima Coordenadoria Regional de Saúde, houve um percentual de natalidade de 18,64% ; mortalidade perinatal III 30,21%; neonatal precoce 12,60%; neonatal tardia 4,49%; neonatal 17,09%; infantil tardia 9,61% e infantil 27,70%.

Em 1998, registrou-se um total de recém nascidos em Bagé igual a 2.313, sendo que o percentual de recém nascidos de baixo peso menores de 2500g foi de 9,6 % e de peso insuficiente entre 2500 e 2999g 25 %. Referente à duração da gestação a referência foi de até 36 semanas 5,9 % e de 37 a 41 semanas foi de 93,9%. Sobre o número de consultas pré-natais nenhuma 8,2%; até 6 consultas 24,5% e com mais de 6 consultas, 66,8%.

Com base nos nascidos vivos em 1998, segundo a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, os coeficientes gerais de natalidade foram iguais a 19,2% e de mortalidade abrangeu os períodos perinatal 30,98%; neonatal precoce 12,97%; neonatal tardio 3,89%; neonatal 17,73% e infantil tardio 6,89%.

Em Bagé, a instrução materna registrada pela Coordenadoria Regional de Saúde foi a seguinte:

Nenhuma 2,6%; primeiro grau incompleto 50,3%; primeiro grau completo 20,9%; segundo grau 18,2% e superior 6,4%

Na 7ª Coordenadoria a relação de instrução materna foi a seguinte:

Primeiro grau incompleto 55,7%; primeiro grau completo 18,3%; segundo grau 16,4% e superior 5,4%.

No mesmo ano, no Rio Grande do Sul, registrou-se um total de 177.464 recém nascidos, sendo que 87% se apresentavam com peso inferior a 2500g e 6,2% com prematuridade, menor de 37 semanas, sendo 58% de parto espontâneo e 40,2% de cesáreas. Houve um coeficiente de natalidade de 17,99%, de mortalidade neonatal 10,00%, mortalidade infantil tardia 7,21% e infantil 7,23%.

Em 1999, a mortalidade infantil em Bagé teve os seguintes números 19,84% em 1000 nascidos vivos; mortalidade infantil neonatal 15,15% (esta divide-se em

precoce 13, 23 % e tardia = 0,94%); mortalidade infantil tardia 3,67%, segundo a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde, anexo 6.

Os dados apresentados visam contextualizar a atenção pré-natal, em função disto apresento a legislação que ampara esta atenção e os dados que parecem demonstrar um descompasso entre as propostas estabelecidas e a assistência realizada. Considero que a realidade apresentada consiste em parâmetro indicador de necessidades e caminhos de superação destes descompassos.

A Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988, cita no seu artigo 198 que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade”.

A lei 8080, de 19 de setembro de 1990, menciona no título I – das disposições gerais:

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos, e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Enquanto as leis afirmam tais direitos, milhões de pessoas não têm acesso à saúde, sendo que a assistência governamental constitui o ponto prioritário para o desenvolvimento e futuro do país.

No momento, o Brasil passa por uma situação caótica em relação à saúde, predominando o valor coletivo, privilegiando ações curativas-hospitalares quase que na sua totalidade.

Constatam-se sérias limitações, reafirmando a negação do Estado frente ao compromisso de dignidade para com cada cidadão.

De acordo com FEBRASGO(2000), em relação ao pré-natal, a situação que mais chama atenção é a dificuldade de acesso aos serviços para a população rural, principalmente do Norte e Nordeste do Brasil. Constata-se sendo a mortalidade materna e infantil por afeções perinatais, alta incidência de Sífilis congênita e o baixo uso de vacina antitetânica são conseqüências de um atendimento pré-natal precário e de má qualidade. São também, certamente, o resultado dos serviços de saúde que oferecem um pré-natal, freqüentemente, com carência de recursos humanos ou que contam com profissionais de saúde com necessidade de maior qualificação, oferecendo consultas rápidas, sem realização e solicitação de exames clínicos e laboratoriais, fazem parte do cotidiano das gestantes do norte e nordeste.

Nesta pesquisa proponho-me construir um processo educativo com um grupo de mulheres grávidas trabalhadoras procurando saber:

- Quais os motivos que impedem as mulheres grávidas de realizarem o pré-natal ;
- Quais os conhecimentos que as mesmas têm a cerca de sua saúde e do trabalho enquanto estiverem no momento do período grávido-puerperal;
- Quais suas preocupações neste período.

Para responder a estes questionamentos o presente trabalho tem como objetivos:

Estabelecer um canal de diálogo para construir uma ação prática e reflexiva com este grupo de mulheres, visando problematizar suas condições de vida, direitos e deveres em relação aos cuidados da saúde.

3 – CONSTRUINDO UM REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Silva, 1996, o referencial teórico é um recurso fundamental essencial do qual o pesquisador usufrui para analisar, ordenar, relacionar fatos e testar relações em busca da compreensão e do conhecimento sistematizado.

O referencial teórico tem como ponto de partida o conhecimento teórico, ao qual se soma um pensamento crítico a fim de dar origem à construção de um novo conhecimento.

Cada conhecimento novo deve ser construído, não emerge pronto, surge como resultado de vivências, experiências e crenças pessoais as quais são somadas a conhecimentos teóricos.

Este estudo terá sua construção teórica centrada no ser humano, na educação, na Enfermagem, no diálogo, no tema gerador, na transformação, na saúde-doença, na conscientização e na sociedade/ambiente do trabalho, fundamentados no pensar do educador Paulo Freire.

3.1 – UM OLHAR SOBRE O TRABALHO DE PAULO FREIRE

A proposta de construir um processo de educação às mulheres grávidas trabalhadoras, tendo em conta a visão de cidadania requer uma concepção pautada na liberdade e autonomia. Optar por Freire e suas idéias é valorizar a mulher grávida e reconhecê-la como ser único, com pensamento próprio, com seu modo de viver, pensar, agir, refletir, relacionar-se, expressar-se, identificando sua situação no mundo, problematizando-a e instrumentalizando-a para o exercício de sua cidadania

como ser responsável, social e consciente de seus direitos e deveres. As idéias expostas a seguir e incorporadas à fundamentação teórica foram sistematizadas a partir de Freire, 1998, 1997, 1987, 1983, 1981, 1980, 1978.

3.2 – APRESENTANDO PAULO FREIRE

Nasceu em Recife, em 19 de setembro de 1921, filho de pais humildes, de diferentes religiões, pai espírita, mãe católica, tendo ele optado pelo catolicismo. Em seu livro *Conscientização* (1980), refere ter se distanciado da igreja católica devido às contradições que não podia compreender entre a realidade vivida pelas pessoas e os discursos dos padres nos sermões de domingo. Desde adolescente, engajou-se na formação de jovens e adultos trabalhadores e conheceu, desde muito jovem, a pobreza do nordeste do Brasil. Formou-se em Direito pela Universidade Federal de Pernambuco, mas não exerceu a profissão, preferindo dedicar-se a projetos de alfabetização. Em 1950, propunha uma pedagogia específica, associando estudo, experiência de vida, trabalho, pedagogia e política.

Deixando o Direito após a primeira causa, dedicou-se à educação filosófica e sociologia da educação, trabalhando logo no departamento social do SESI, mantendo seu diálogo com o povo. As primeiras experiências surgiram nessa área as quais o conduziram ao método de alfabetização, iniciado em 1961.

Freire acreditava que a alfabetização e a conscientização jamais se separam e que a prática educativa só é eficaz quando os educandos têm a participação livre e crítica. Devido a isso, desenvolveu um método de ensino de acordo com uma visão pedagógica baseada numa prática educacional para todos, num país onde os analfabetos constituíam a metade da população, em sua maioria alienados, e com um sistema social repleto de desigualdades e opressão.

Para Freire, nos círculos de cultura, o educando tem a liberdade de fazer críticas, não sendo só um grupo de trabalho, mas um grupo de debates onde todos os integrantes participam.

“Foi o maior esforço de democratização de cultura já realizado no Brasil, plenamente vitorioso com dezenas de milhares de trabalhadores alfabetizados em

alguns poucos meses e a preparação de alguns milhares de jovens estudantes para as tarefas de coordenação”, Freire (1980, p.).

Em 1963, Freire foi convidado pelo Presidente João Goulart e pelo Ministro da Educação Paulo de Tarso C. Santos para repensar a alfabetização de adultos em âmbito nacional.

Em 1964, estava prevista a instalação de 20 mil círculos de cultura para 2 milhões de analfabetos.

“Dá pra desconfiar que círculo de cultura é uma idéia que substitui a de turma de alunos ou a de sala de aula. Círculo, porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho que não tem um professor ou um alfabetizador, mas um animador de debates que, como um companheiro, participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem”, Brandão, (1981, p.43).

Nesta mesma época, no Chile, Freire encontrou um espaço político, social e educativo rico, dinâmico e desafiante que lhe permitiu reestudar seu método em outro contexto, avaliá-lo na prática e sistematizá-lo metodologicamente. Os educadores de esquerda apoiaram a filosofia educacional de Paulo Freire, mas teve a oposição da direita do Partido Democrata Cristão que o acusava pelo fato de, em 1966, escrever um livro “violentíssimo” contra a democracia cristã. Era o livro “Pedagogia do Oprimido”, que somente seria publicado em 1970. Estes foram os motivos que fizeram com que Freire deixasse o Chile no ano seguinte.

A sociedade Brasileira e Latino Americana da década de 60 pode ser considerada como um grande laboratório no qual se originou o método de Paulo Freire.

3.3 – O MÉTODO DE FREIRE

Freire preocupou-se com um método de educação constituído a partir da realidade do educador e do educando no qual houvesse uma troca através do diálogo construído entre ambos.

Segundo Brandão (1981, p.21), um dos pressupostos desse método é “que ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho”. A educação deve ser baseada na coletividade, solidariedade e no amor sem imposição. Sendo assim, a

partir do momento em que, como professores, levamos algo pronto, não dando chance ao aluno para pensar, criar e participar estamos impondo educação.

Hoje, a proposta de Paulo Freire ganha força e prevê o homem como integrante do mundo com direito a uma educação dinamizadora que resulta num processo de mudança por meio de sua atividade de diálogo constante e participativo.

Para Paulo Freire, a educação pode ser vista sob duas concepções: a Educação Bancária e a Educação Problematicadora. A primeira é aquela na qual existe um narrador de conteúdos e os educandos têm o papel de ouvintes, pacientes e não participativos. Fala-se de uma realidade estática, distante da realidade e da experiência vivida pelos educandos.

Esta educação tem como característica a imposição e não a sua ação transformadora. É dizer que quanto mais vezes os educandos memorizarem e repetirem as palavras terão maior valor, Freire, 1993. "A educação bancária tem como finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre oprimidos e opressores, negando o diálogo", Gadotti, 1997, p.86.

Nessa metodologia, o educador deposita conteúdos, tendo os educandos que guardá-los e arquivá-los; somente o professor mantém o saber, só ele pensa por si e pelos educandos, não existindo o diálogo como essência da educação, (Freire, 1993).

A segunda concepção da educação em Freire foi denominada de Educação Problematicadora, libertadora. Considera básica a criatividade do educando, estimulando uma ação crítica baseada na reflexão verdadeira sobre a realidade. O homem como ser inacabado, sujeito a transformações, tem, nesta educação crítica, uma complementação através da práxis, ação-reflexão-ação, que se identifica com a sua própria natureza. A educação problematicadora deixa de ser um ato dirigido para tornar-se uma troca de experiência entre educador e educando. Ambas as partes enriquecem suas áreas de conhecimentos aprendendo juntos. Esta educação permite um pensamento consciente e livre para tomar decisões bem como a descoberta, juntamente com os outros, da troca de aprendizado constante, desafiando e compreendendo a realidade.

A grande tarefa do animador dialógico é devolver aos participantes do referido grupo o universo temático recolhido dos temas geradores sob forma de questionamentos e entendimentos e não sob forma de respostas prontas e dissertadas. O animador descrito por Freire deve ser um agente promotor de discussão e diálogo, um agente atento às dificuldades de expressão dos participantes do grupo. É fundamental que ele incentive, fazendo perguntas e dissertações quando necessário a fim de prolongar ao máximo o debate entre todos os participantes do grupo.

Com o ensino de educação e saúde espero possibilitar às gestantes, através do diálogo reflexão-ação, uma transformação de sua consciência ingênua em consciência crítica, dando origem à transformação de sua realidade.

Ao falar em “despertar de consciência” é importante ter noção de que, este ato não se dá de forma espontânea nem conclusiva mas sim como um processo contínuo. Freire (1979), considera três **níveis de Consciência** e condiciona a evolução do homem nestes diferentes níveis ao seu comprometimento com sua própria realidade.

O primeiro nível, o da **consciência intransitiva**, caracteriza-se pela captação mágica ou supersticiosa da realidade e pelo determinismo, atribuindo os problemas aos desígnios divinos do destino não reconhecendo o homem como capaz de transformar a realidade.

No segundo nível, o da **consciência ingênua**, apesar de um aumento na capacidade de captação da realidade, e de uma busca pelo compromisso, ainda encontrar características como: tirar conclusões apressadas e superficiais, não se aprofundar na causalidade dos fatos, satisfazer-se com as aparências, subestimar o homem simples, ter explicações mágicas e acreditar que a realidade é estática e imutável.

Já o terceiro nível, a **consciência crítica** caracteriza-se por assumir, concretamente, o compromisso não se satisfaz com as aparências, aprofunda-se na análise do problema, reconhece que a realidade é mutável, é indagadora, é investigadora, ama o diálogo e nutre-se dele, não repele o velho por ser velho nem aceita o novo por ser novo e sim aceita-os por que lhe parecem válidos. As gestantes devem buscar conhecer a realidade concreta, para contribuir com o

despertar da consciência crítica, e analisar se ela é necessária ou não para transformação de sua realidade.

A transição do primeiro nível para o segundo pode acontecer espontaneamente, porém o passo da consciência crítica exige um processo educativo de conscientização.

Freire (1997,p.72), comenta que é através do diálogo que se dá a problematização da realidade e é esta forma de pedagogia problematizadora que, certamente, vai permitir o despertar da consciência crítica que, por sua vez, torna possível a ação que transforma esta realidade. Os indivíduos, através desta educação problematizadora, “vão percebendo, criticamente, como “estão sendo” no mundo “com que” e “em que” se encontram” .

Assim, penso que as mulheres grávidas trabalhadoras presentes nas consultas de Enfermagem devam contrapor-se a muitos pontos levantados pelos profissionais que, por desconhecer sua cultura e realidade, cobram comportamentos e posturas, muitas vezes, herméticas, prontas e impossíveis para a realidade das pessoas. Acredito que Freire enriquece esta discussão, possibilitando às mulheres posicionarem-se, entretanto vejo a necessidade de nós, profissionais enfermeiros, observarmos nosso modo de educar a população. Estamos introjetando Freire ou querendo vê-lo nas pessoas que cuidamos? Está este esforço de mudança na academia ou na realidade vivenciada pelas mulheres e cidadãos?

Segundo Freire (1981, p.16), para “o diálogo poder ocorrer entre os homens, além de ser dialógico, deve ser crítico, pois possui capacidade e potencialidades transformadoras através da atividade livre e criadora. Para o diálogo poder ocorrer entre os homens é preciso que a confiança se estabeleça de forma horizontal “.

O diálogo é essencial ao desenvolvimento educativo. Através dele o ser humano torna-se capaz de refletir sobre si e sua relação no mundo e com o mundo. Problematiza e, a partir disso, constrói com os outros outra forma de ver e de conhecer, dando origem a um novo saber. Aí surge uma transformação que lhe permite sair do limite imposto e como consequência um novo viver.

Uma imposição, sem ouvir o outro, não poderia significar uma ação transformadora. Torna-se necessário escutar o que o outro tem a dizer, o que gostaria de modificar, em que melhorar e sentir-se mais humano.

O diálogo, a participação, a identificação do que aflige a mulher grávida trabalhadora é de fundamental importância. A discussão de seus problemas representa o ponto básico a chave que poderá indicar possíveis caminhos para solucioná-los, ou, pelo menos, minimizar a questão. – A gestante, ao tomar conhecimento de seus direitos, pode tornar-se mais liberta para encontrar soluções criadoras e transformadoras. A educação compartilhada conduz à troca de conhecimento entre a enfermeira que educa e o(s) educando(s), podendo levar à liberdade de pensamento e compreensão da realidade.

O diálogo é o principal instrumento da Educação Libertadora, é o sentimento do amor transformado em ação. Não é só uma qualidade do modo humano de ser e agir, mas a condição deste modo é que torna humano o homem que vive.

Freire (1979, p.17), é categórico ao afirmar “não penso autenticamente se os outros não pensam. Simplesmente não posso pensar pelos outros nem sem os outros”. Entretanto, salienta que a dificuldade está na criação de uma nova atitude, ao mesmo tempo tão velha do educador, uma atitude dialógica que garanta o exercício da educação e não da domesticação.

Sendo o diálogo uma relação eu-tu, é necessária uma relação de sujeitos, toda vez que se converte o “tu” em mero objeto, ter-se-á pervertido e já não se estará educando, mas deformando.

Tema gerador - dentro da concepção que Freire apresenta a expressão (tema gerador) é uma prática adequada ao tipo de trabalho que estamos desenvolvendo nesta Metodologia. É fundamental para facilitar a captação do conhecimento vivenciado pela mulher gestante trabalhadora, bem como para identificar seus problemas.

Os temas geradores devem ser obtidos através de uma prática assistencial, tendo como base fundamental o diálogo entre participantes do grupo e a enfermeira educadora; desse modo, alcança-se o reconhecimento verdadeiro do universo temático. Assim, cada participante descobrirá e expressará uma série de sentimentos, vivências e opiniões sobre si, sobre o mundo e sobre os outros participantes do grupo.

A grande tarefa do educador é devolver aos participantes do grupo um universo temático colhido dos temas geradores, questionamentos e entendimentos, sem apresentar respostas prontas.

Nessa pesquisa foi tomado Paulo Freire como referência para ter-se como base a confiança, o amor e uma educação horizontal entre os componentes do grupo para, desse modo, surgirem as expressões mais diversas do dia-a-dia de cada integrante, a fim de, com simplicidade e descontração, obter o objetivo buscado.

Esperamos que o diálogo leve à reflexão e à descoberta da realidade, estimulando um pensar crítico e criativo e que essa crítica conduza a uma ação transformadora.

Para a nossa prática, é importante conhecermos os problemas dos clientes que sejam significativos para as gestantes quanto aos aspectos que dificultam o comparecimento às consultas do pré-natal, a partir daí esperamos lograr transformações, se necessário, relacionadas ao cotidiano, pois de acordo com Freire (1980, p.98-99), "Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade que está em sua práxis (...).

Captar estes temas e compreendê-los é compreender, portanto, os homens que o encarnam e a realidade à qual se referem(...) que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural do tipo libertador ”.

Compreendo, desta forma, que o tema gerador deve ser obtido através de uma prática dialógica dos participantes do grupo, através do reconhecimento autêntico do universo temático, pois cada participante, provavelmente, descobrirá e expressará uma série de sentimentos e opiniões sobre si, sobre o mundo e sobre os demais participantes. De outro modo, certamente, não alcançaríamos este objetivo.

Entendo que o diálogo não deve ser usado como uma tática para dominar os componentes do grupo nem para impor idéias mas sim como um encontro de pessoas participantes desse grupo para que aconteça o fundamental dessa proposta que é a transformação e a humanização de seus integrantes. Para Freire (1983, p.93), O diálogo é uma exigência existencial, é no encontro que se solidarizam o refletir e o agir dos sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado.

3.4 – MARCO CONCEITUAL

Para melhor entendimento do leitor neste trabalho inter-relaciono uma série de conceitos, dando origem ao Marco Conceitual que significa, segundo Neves e Gonçalves (1984, p.213), uma estrutura mental, logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. De acordo com as autoras, o pesquisador elabora seu marco conceitual a partir de conceitos e temas ou partes de teorias, fatos classificados e analisados em pesquisas anteriores e a partir de suas próprias idéias.

Deste modo, neste trabalho, explico os seguintes conceitos a serem trabalhados: ser humano, enfermeiro, enfermagem, enfermagem materna, saúde e doença, meio-ambiente/sociedade, cidadania, trabalho e outros conceitos desdobrados a partir da proposta de prática assistencial e do referencial de Freire, enfermeira educadora, diálogo e transformação.

Aqui utilizei o marco conceitual como uma construção mental formada por conceitos inter-relacionados que servem como referência à prática assistencial de Enfermagem.

Nesta pesquisa, os temas de discussão saem do diálogo em que o grupo reunido expõe suas formas de enfrentar o cotidiano, suas vivências e seus saberes, ampliando e aperfeiçoando seu conhecimento para recriar a forma de responder a situações que surgem no transcurso do viver.

O Enfermeiro é considerado como um sujeito histórico comprometido a contribuir no processo de mudança social, socializando o seu saber, estimulando os indivíduos a resgatar a sua cidadania através da reflexão. É um profissional de saber técnico-científico e ético que pretende compartilhar seu saber e vivência com mulheres grávidas trabalhadoras de maneira que o diálogo atue como nova aprendizagem, proporcionando enfrentamentos a diversas situações que se apresentam no seu cotidiano.

Ser humano, com base em Freire (1991), é considerado um Ser singular, inconcluso, consciente de sua inconclusão e de seu permanente movimento de busca do SER MAIS.

Na esteira de discussão de Freire, pode-se afirmar que o pensamento dos sujeitos deste estudo opõe-se a este pensar. Trata-se, pois, de pessoas que vivem e trabalham dentro de uma sociedade que ainda tem como premissa, muitas vezes, retirar do ser humano algumas possibilidades de emancipação e, principalmente, dos direitos que determinem custos ao empregador. É sobre este enfoque que venho desenvolvendo um trabalho de educação para a saúde da gestante trabalhadora e dos direitos que a mesma tem por concretizar.

No presente trabalho, o ser humano passa a definir-se como uma mulher grávida trabalhadora. Um ser que está em estado muito especial, levando dentro de si um novo ser, motivo de esperanças, idealizações, realidades e sensibilidades. É um ser que participa da continuidade da humanidade através do fruto que carrega. Um usuário que necessita de ajuda, orientação e de liberdade de expressão para auxiliá-lo na transformação da realidade que vivencia. Uma ajuda de forma universal através do amor, do apoio, da segurança, do carinho, ouvindo e sendo também ouvido para assim dar origem a um diálogo firme.

É assim que este diálogo age e reflete no ser humano, tornando-o capaz de, em determinado momento, distanciar-se do mundo para pensar e refletir sobre ele, sobre sua forma de ser e estar nele e com ele de modo a visualizar as limitações e desafiar a busca de ser mais.

Com esta reflexão, o ser humano amplia conhecimentos sobre o seu mundo, fortalecendo-se para buscar respostas às limitações e aos desafios com que se defronta.

Não existe ser humano isolado, e sim um ser interrelacional, sendo cada um único em sua singularidade. Por isso, é sujeito, possui escolhas que devem ser consideradas com a aspiração de ser mais a qual reflete sobre sua atuação no mundo e com o mundo, buscando, no encontro consigo mesmo e com os outros, formas de otimizá-la; esta busca não é feita isoladamente, mas com os outros seres humanos. Ao vencer suas limitações o ser humano transforma as suas relações na medida em que, refletindo, descobre novas limitações e assim procura vencê-las, sempre em busca do ser mais.

Num movimento contínuo no qual o ser humano reflete sobre seu ser/estar no mundo e com o mundo, identifica suas limitações pessoais e as que se interpõem a

sua ação, procurando formas de vencê-las, fortalecendo-se em sua cidadania para a recriação cotidiana de si e de seu mundo.

Para garantir à mulher grávida trabalhadora o direito de exercer sua cidadania e o de buscar ser mais no processo existencial a enfermeira educadora deve engajar-se mais na luta pela transformação da realidade existente, requerendo uma atitude reflexiva e tomada de consciência crítica como agente de mudança.

A mulher, como ser humano, reúne algumas peculiaridades não só pelas características físicas e biológicas mas pelos papéis sociais e culturais que lhe são atribuídos. Isto está relacionado com a maternidade, embora a vida da mulher atual não gire somente em torno do lar e dos filhos, antes e depois do nascimento, mas também do trabalho, fora do lar.

O ser humano com postura ativa utiliza todo seu potencial para o enfrentamento das situações geradas nas suas relações no mundo e com o mundo. Ele aprende e transforma o seu dia-a-dia à medida que usa criatividade, empenho e talento para enfrentar as diversas situações que se apresentam a fim de criar diferentes maneiras de encará-las.

Através de experiências anteriores, de saberes, de orientação de vida e dos recursos que se apresentam o ser humano enfrenta as diversas situações que emergem, podendo essa possibilidade ser ampliada através da aprendizagem cotidiana.

Da mesma forma, instrumentaliza-se com uma educação formal e informal a qual se desenvolve no inter-relacionamento humano. Surge a vontade de aprender formas de transformar seu mundo com o intuito de ser mais. Nessa transformação, começa a ver-se como cidadão, sendo que no entender de Freire (1981), o homem além de ser dialógico deve ser crítico, pois possui capacidade e potencialidade transformadora através da atividade livre e criadora.

Freire considera o homem como sujeito de sua própria educação a qual deve refletir sobre o seu ambiente concreto, tornando-se sujeito. Quanto mais refletir sobre sua realidade mais tornar-se-á consciente e comprometido a intervir na realidade para mudá-la. Ao ser respeitado, o ser humano, como sujeito no processo de educação (ensino-aprendizagem), sua subjetividade e seu conteúdo cultural também são valorizados. Através do diálogo educador-educando tomam a posição

horizontal, já que os conteúdos da discussão ou temas geradores são extraídos do grupo pela problematização da prática de vida das gestantes.

A enfermeira-educadora pode estimular esta postura para que as mulheres grávidas trabalhadoras possam identificar seus limites e possibilidades, buscando formas de explorá-las e ultrapassá-las.

Enfermagem: É um saber técnico, científico e ético. É compartilhar com um ser humano, durante sua existência, cuidando-o na preservação e manutenção da saúde e na prevenção de doenças, sempre dentro do contexto de sua realidade, visando uma interação contínua. Tomando emprestada a idéia de Horta, podemos dizer que é gente que cuida e que deve ser cuidada, devendo exercer um cuidado humanizado, digno e consciente.

Enfermagem Materna:

“A adoção do termo Enfermagem materna, logo após a segunda guerra mundial, foi uma tentativa de afastar-se do modelo clínico em detrimento do uso de um termo que se concentre mais no receptor de cuidados do que no fornecedor”, (Ziegel e Cranley, 1985 p. 1).

De acordo Burroughs (1995), a Enfermagem materna é o cuidado realizado pelo enfermeiro à gestante em todo o ciclo grávido-puerperal”. Em resumo, são cuidados realizados desde que se constata a gestação, período da gestação, pré-parto, parto e puerpério, até 40 dias após o parto. É um fato sumamente agradável e importante, porque durante nove meses cuidamos de dois seres importantes quase de igual maneira, mãe, feto/RN. A Enfermagem materna tem por objetivos:

Orientar a mulher grávida a encarar a gestação, trabalho de parto e puerpério como processos fisiológicos.

Oferecer condições para que seja uma experiência gratificante e positiva.

Orientar adequadamente a gestante durante a gestação, trabalho de parto e parto.

Usar métodos para diminuir ansiedade, tensão e medo que podem repercutir sobre o feto.

Auxiliar na detecção precoce de qualquer anormalidade que possa ocorrer num período gestacional.”

Transmitir conhecimentos sobre o momento oportuno de internação hospitalar.

Tirar todas as dúvidas, respondendo às perguntas formuladas.

Orientar a respeito da relação sexual após puerpério, uso de anticoncepcionais durante a lactação, além de esclarecer sobre fisiologia e patologias da mama nesse período.

As mulheres grávidas ou no puerpério precisam conhecer sua realidade, problematizando-a, porque ao assumir uma postura dialógica com seu chefe ou patrão poderão flexibilizar as tensões, mau humor e angústias que, de um modo ou outro, repercutirão no produto da concepção(feto) e por conseqüência, no processo saúde e doença.

Saúde e doença: Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984), saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença e enfermidade. Doença, para Laurell (1982), traduz-se como um desequilíbrio entre as funções dos sistemas bio-psico-espiritual com o meio sócio-político-econômico-ecológico do ser humano, refletindo em necessidades insatisfeitas e expressadas diretamente em seu corpo e sua mente. Na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o conceito Saúde tem relação com o conjunto das condições de vida da população.

“Num sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”.

É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

“A questão de saúde e da doença no Brasil é, acima de tudo, uma questão social e de ordem multi-disciplinar”, (Schneider, 1994, p.30-35).

É necessário deixar de lado interesses econômicos e políticos para poder oferecer, principalmente, às pessoas carentes serviços de boa qualidade. Penso que seria fundamental simplificar a burocracia, determinando postos de atendimento qualificados.

Assim, certamente, a população recorrerá com mais facilidade aos serviços de saúde. Este procedimento poderia ser instituído para todo brasileiro, independente da classe social, que precisasse de atendimento pelo sistema público, já que todo trabalhador contribui rigorosamente com o Estado. Isto nos leva a pensar e refletir sobre nossa prática profissional junto ao paciente o qual deve ser olhado dentro de uma concepção holística num contexto de multidisciplinaridade profissional.

Visto como pessoa consciente de suas obrigações, deveres e como verdadeiro cidadão. Só assim, com ética e respeito mútuo, certamente ,poderemos dar uma atenção integral à saúde deste ser humano que cuidamos.

Meio ambiente / Sociedade: Meio ambiente refere-se a fatores externos que possibilitam ou não o indivíduo manter ou melhorar a condição humana no processo vital (vida-morte). Já sociedade é um grupo de pessoas que vivem submetidos às mesmas leis e seguem padrões comuns de comportamento.

Desta maneira, a sociedade para as mulheres grávidas faz parte da arte de viver, relacionada com a forma de movimentar-se na busca de ser mais, não havendo transformação só da mulher, mas também do filho, da arte de viver, bem como do mundo no que é e está.

Cidadania – Segundo Ferreira (1986 p.403), cidadania é a qualidade ou estado de cidadão. Cidadão refere-se ao indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado ou no desempenho dos seus deveres para com este.

No entender de Bueno (1981, p.259), *“É a qualidade ou condição de cidadão, sendo este o indivíduo no gozo de seus direitos cíveis e políticos”*.

Concordo com os autores, porque considero o cidadão como ser humano que possui, conhece e exerce seus direitos e deveres plenamente.

Preocupada com o que vivencio na prática, isto é, um grande número de gestantes que não apenas desconhecem os seus direitos, mas principalmente o descumprimento dos mesmos e a forma “conformista” da mulher grávida em enfrentar estas situações, pretendo realizar esta prática assistencial voltada ao esclarecimento, à orientação crítica da realidade e à conscientização do grupo,

através da orientação ideológica, promovendo o compartilhamento de vivências e saberes técnico e popular.

Diálogo – O conceito de diálogo aqui utilizado é o concebido por Paulo Freire. É constituído por uma relação horizontal, de confiança mútua na qual o respeito prevalece não só ao ser humano, como também às expressões de sua prática social.

Trabalho – Para Ferreira, (1986, p.1695), é uma atividade coordenada, de carácter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento.

Diante do que descrevi neste capítulo, considero ter demonstrado uma série de dados que justificam a minha pesquisa e demonstram que as mulheres pesquisadas enfrentam as questões inerentes à gravidez e em muitas vezes são responsáveis pelo sustento da família, o que as remete para o enfrentamento de um trabalho pouco remunerado e com grandes exigências, o que caracteriza que dependem da liberação do empregador para exercer o direito a cidadania.

4 - CAMINHO METODOLÓGICO

4.1- CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi desenvolvida na sala de espera do ambulatório de Enfermagem, o qual funciona de segunda a sexta-feira, no período da manhã, das 8h às 11h30 min, realizando a consulta de pré-natal.

Este ambulatório pertence à Universidade da Região da Campanha - URCAMP e está localizado no Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde (NPAS). É de porte médio e está situado na cidade de Bagé, no interior do Rio Grande do Sul. Neste local realizam-se, em média, 1700 atendimentos anuais.

No mês de dezembro de 1999, realizaram-se 168 atendimentos a gestantes, sendo que atuam na consulta do pré-natal uma enfermeira e um médico obstetra. Ela realiza as consultas, encaminhando ao obstetra as gestantes que apresentam patologias. Deixando também a 1ª, 7ª e 9ª para o médico mencionado.

O agendamento das consultas é realizado pela secretária. O horário de funcionamento do ambulatório é de 8h às 11h30min e de 13h15min às 17h30min, sendo que a consulta de pré-natal é oferecida no horário da manhã.

O Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde oferece atendimento à população carente dando oportunidade ao estagiário para familiarizar-se com a consulta de enfermagem, incentivando-o a uma aprendizagem mútua entre cliente e profissional.

É oferecido um serviço gratuito que dá mais conforto às mulheres, evitando filas e outros desconfortos. A mulher agenda a primeira consulta e, a partir daí, sai do ambulatório com agendamento da próxima consulta a ser realizada.

Tivemos que dar início a outro tipo de atendimento, superando o típico olhar conservador de verificação de sinais, pressão arterial, mensuração da altura uterina, auscultação de batimentos cardio-fetais, requisição de exames e o “volte à próxima consulta”. Introduziu-se à concepção de uma educação com vistas à prevenção de doença e promoção da saúde, tendo como objetivo o bem-estar mãe-filho, sendo esse binômio visto de forma global.

Semanalmente, é realizada uma reunião multi-disciplinar, contando com médico, psicóloga, nutricionista, enfermeiros, discentes e gestantes, incentivando a interdisciplinaridade. Surge, assim, “um diálogo” descontraído e construtivo, ocorrendo esclarecimento de muitas dúvidas, surgindo melhorias do bem-estar social e formação de profissionais mais preocupados e conscientes.

4.2 – PRIMEIROS PASSOS PARA FORMAR O GRUPO

Primeiro Passo

Enviei um ofício à Coordenadora do Curso de Enfermagem com o pedido de autorização para desenvolvimento da Prática Assistencial no Ambulatório de Pesquisa e Atenção à Saúde, favorecendo assim à gestante e sendo mais prático para o profissional. (Anexo I)

Segundo Passo

Conversei com as mulheres grávidas, durante as suas consultas de Enfermagem, explicando a proposta da prática e os seus objetivos. Esclareci que pretendia realizar um trabalho em que o diálogo seria o auxílio principal, pois minha função seria trocar conhecimentos, auxiliar e ouvir.

Esclareci que gostaria de realizar um intercâmbio de idéias para que fossem, assim, expressos os motivos de interferência na falta à consulta de Enfermagem. Discutimos que a referida consulta auxilia e cuida da mãe, podendo evitar situações que possam interferir na sua saúde, e, em consequência, na saúde do seu bebê. Seria com sigilo, ética e responsabilidade o desenvolvimento dos encontros, sendo que, em qualquer momento, se elas o desejassem, poderiam desistir.

Expus a importância da sua colaboração, já que seria uma prática para o meu mestrado o prazer diário de atendê-las no ambulatório. E que estaria muito feliz se nossos encontros fossem plenos de entusiasmo, úteis e prazerosos, num processo de mútua convivência que, certamente, enriqueceria as mães gestantes e a enfermeira-educadora. Ao mostrarem-se receptivas foram feitos acordos, tais como o tempo de duração de cada encontro, frequência e como se daria o engajamento do grupo, formas de validação do trabalho e como surgiriam os temas para discussão. Falou-se também que haveria uma confraternização no final de cada encontro.

Terceiro Passo

Enviada uma carta-proposta, pedindo o consentimento livre e esclarecido, para o endereço de cada mulher grávida trabalhadora, pedindo autorização para realizarmos cinco encontros, esclarecendo os objetivos do trabalho e a metodologia, assegurando a ética e o sigilo e agradecendo que a autorização fosse assinada e enviada ao ambulatório até o dia 17 de junho.(Anexo II).

Quarto Passo

Obtida a resposta de aceitação foi enviado um convite para a reunião do grupo com hora e data marcadas antecipadamente (anexo III). Foi usado o mesmo sistema para os demais encontros os quais foram realizados nos dias 05, 12, 19 e 26 de julho no mesmo horário. (anexo III)

Os registros dos encontros ocorreram através de notas de campo, somadas ao registro do diálogo o qual era complementado imediatamente ao finalizar cada encontro, a fim de não perder gestos, manifestações verbais e não verbais. Desse modo, após cada encontro, reservava um tempo para fazer os registros, reportando-me a cada momento, situando-me em pensamento frente a cada integrante do grupo.

Esta prática caracterizou-se pelo desenvolvimento de um processo de reflexão-conscientização-libertação a partir da problematização das questões político-sociais vivenciadas pelas gestantes, ancoradas no pensamento de Freire.

Não foi utilizado o gravador, a fim de evitarem-se inibições ou constrangimentos nas respondentes.

Para participar deste trabalho de pesquisa foram convidadas mulheres que trabalham dentro e fora do lar, nas mais variadas funções colaboram com o orçamento familiar ou até mesmo representam a principal renda familiar. O grupo começou com oito (08) participantes, finalizando com sete (07), por desistência de uma.

A opção de trabalhar com a consulta de enfermagem, voltada para a vivência destas mulheres, deu-se em decorrência de que a cada dia a consulta procura abranger o máximo do ser humano. Além de conscientizar para o exercício de sua cidadania, a mulher submissa, em decorrência da cultura desde séculos anteriores, precisa começar a caminhada em direção da libertação, criando e recriando espaços na sociedade como participante ativa, modificando-se com o mundo e para o mundo.

Entendo que a prática da consulta de Enfermagem por si só não vai transformar as condições de saúde e de trabalho das mulheres grávidas, no entanto não seremos nós que modificaremos o mundo, mas sim aqueles que somarem seus esforços aos esforços começados por nós.

5 - RELATANDO E ANALISANDO DADOS EMERGENTES DOS ENCONTROS COM AS MULHERES

Neste capítulo procurei relatar e analisar concomitantemente o material emergido das falas das mulheres, personagens dos grupos de estudo, que constituíram o grupo de estudo.

Características do grupo:

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	TRABALHADORA
G1	19	Solteira	Segundo grau Completo	Comerciária
G2	31	Casada	Primeiro Grau Incompleto	Rural
G3	19	Solteira	Segundo Grau Incompleto	Desempregada
G4	22	Casada	Primeiro grau incompleto	Doméstica
G5	17	Solteira	Primeiro grau incompleto	Rural
G6	22	Casada	Segundo Grau	Comerciária
G7	28	Casada	Não Informado	Doceira
G8	26	Casada	Primeiro grau incompleto	Cozinheira

Formar-se um grupo parece significar só uma reunião de pessoas isoladas, sem comunicação, mas o estar reunido já é o início, o primeiro passo para conseguirmos tal objetivo.

Para Ferreira (1986, p.871), “grupo é uma pequena associação ou reunião de pessoas ligadas por um fim comum ... grupo social, forma básica de associação humana, agregado social que tem uma entidade própria e se considera como um todo, com suas tradições morais e materiais....”

Nesta perspectiva, concebeu-se e implementou-se o grupo de estudo que subsidiou os elementos que serviram de conteúdo para a análise. Entretanto, apontamos algumas considerações sobre nossa maneira de olhar o processo de dinâmica do grupo, ancoradas na literatura afim.

Percebemos que é um processo lento, trabalhoso e que requer pessoas prontas para conhecer-se e dar-se a conhecer, expressando suas necessidades, seus sentimentos, seus desejos e seus pontos de vista. Nestas reuniões de grupo, buscou-se que cada participante se sentisse a vontade e confiante para, dessa maneira, poder expressar-se de todas os modos possíveis .

Trentini e Gonçalves (2000, p. 67), ao falar de grupos focais referem que, nos grupos focais a ênfase deve ser dada ao ouvir opiniões, experiências e sentimentos de cada participante. As autoras mencionadas expressam ainda, mais adiante, que pode ocorrer quando o grupo for heterogêneo em relação à experiência com o tema de pesquisa ou quando existem alguns participantes muito falantes em relação aos outros ou ainda quando empregadores e patrões discutem temas referentes ao seu trabalho”. Requerendo assim, o diálogo verdadeiro entre os participantes do processo. Nesse sentido, Paulo Freire , 1979, p.68, afirma que quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no próximo, fazem-se críticos na procura de algo e se produz uma relação de empatia entre ambos.

Os dados do estudo reforçam o pensamento do autor, uma vez que as gestantes esperavam para que eu desse início às discussões, por serem tímidas, retraídas e desconfiadas. Ao ser sugerido que seria interessante cada uma realizar sua apresentação, fizeram questão de que a organizadora dos encontros fosse a primeira a apresentar-se. O início não foi fácil, pois eu estava acostumada a transferir ou apontar o “certo ou o errado”; mas, a partir desse momento, tínhamos a proposta de compartilhar saberes e vivências, através do diálogo, numa relação horizontal.

Lentamente aflorou-se a autoconfiança nos participantes como consequência da segurança buscada em cada um e em todos. Aumentou, ainda, a participação das discussões, às vezes com vozes mais altas e, freqüentemente, sem assegurar a fala do outro. As gestantes passaram a se sentir mais seguras e estimuladas a

participarem, a dialogarem e a refletirem , permitindo que emergisse o saber e a vivência de cada uma.

O grupo aprendeu a trabalhar em cooperação para alcançar um objetivo, sempre existindo consensos ou discordâncias, porém sempre defendendo suas particularidades. Percebe-se um diálogo mais produtivo a partir do momento em que as discussões passam a expressar maior confiança à medida que chega o fim dos encontros.

Falavam-me confiantes, com manifestações de orgulho, do aprendizado obtido, da conquista do saber e da amizade, reconhecendo a necessidade de conhecimentos novos, de criar e de recriar. Assim, diante do descrito, formulamos uma síntese sobre cada encontro e apontamos os elementos fundamentais para análise.

5.1 – PRIMEIRO ENCONTRO

No primeiro encontro, inicia-se o processo de dinâmica do grupo com a minha apresentação a qual foi de modo abrangente por perceber que, desse modo, daria lugar para que suas apresentações fossem abertas, exteriorizando o máximo de cada participante.

Assim, apresentei-me para o grupo como professora, enfermeira, pesquisadora e advogada, natural do Uruguai, radicada no Brasil por opção. Comentei que no meu país, ensinam-nos, desde crianças, a gostar do Brasil e de sua gente. Na fase estudantil, encontramos com frequência muitos brasileiros que estudam em escolas uruguaias no primeiro, segundo e terceiro graus. Isto facilita uma aproximação e integração tanto no aspecto lingüístico como no afetivo, colocando uruguaios e brasileiros sob as mesmas expectativas.

Há treze anos estou morando na cidade de Bagé, atualmente estou cursando mestrado e por esse motivo estamos aqui reunidas. Sou casada, tenho dois filhos e felizmente gosto de bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos, isto é, gosto de pessoas.

Entendo que todas as etapas da vida são ritos de passagem, simplesmente consequência do tempo, mas a verdade é que em todas as etapas aprendemos

muito. Gosto de viajar, passear, ouvir música, conversar e entender o ser humano. Gosto da vida e do que ela me oferece, por isso poucas coisas me desagradam.

Decidi que na minha apresentação deveria conter muitos elementos sobre mim, por entender que, certamente, possibilitaria um amplo diálogo entre nós e poderia ser o ponto essencial para que elas deixassem se conhecer, permitindo maior vinculação e realização de apresentações similares a minha.

Continuei dizendo que, no dia de hoje, após a apresentação de cada uma de vocês, gostaria que escolhessem um codinome para serem identificadas sigilosamente durante o trabalho, podendo ser de números, flores, cores ou outro nome escolhido em comum acordo. Então, as mulheres pediram que eu sugerisse a forma mais simples. Sugeri G1, G2, G3 e assim sucessivamente. Identificadas como gestantes 1, 2, 3, 4, ..., 8, a partir desse momento, usariam um crachá de identificação durante nossos encontros, sendo a pesquisadora identificada pela a letra P.

De maneira espontânea cada participante do grupo colocou-se em pé e apresentou-se. No início, pareceram tímidas, tornando-se aos poucos mais a vontade, muito embora conservassem a expressão da timidez. É muito provável que a ordem numérica tenha influenciado na ordem das falas, portanto temos uma sequência, em ordem crescente, das siglas que representam cada integrante do grupo.

G1 - "Sou natural de Bagé, tenho 19 anos, concluí segundo grau, moro com meus pais e tenho dois irmãos, um de 11 anos e outro de 9; dois primos, ela de 7 e ele de 1 ano e meio, órfãos de mãe. Sou solteira e não estou morando com o meu namorado. Não tenho religião, mas penso que toda religião que leva a Deus é válida. Eu acredito n'Ele. Deixei de estudar para trabalhar em uma loja de aviamentos, amo meu filho e sei que é o melhor presente que Deus me deu. Gosto de olhar novelas e tele-jornais, de passeios, de praia e de curtir a família".

Após alguns minutos de silêncio e expectativa continuaram as apresentações:

- G2 -, sorridente, com características de adolescente, inclinava a cabeça para um lado e logo para o outro, com seus cabelos bem curtos, aparentemente inibida, mas em todo momento demonstrava alegria, disse:

“Nasci na campanha por isso estudei pouco. Sou filha única e morava com meus pais. Depois que meu pai morreu, eu casei e agora moro com meu marido e minha mãe numa chácara a 12 Km da cidade”.

Meus pais sempre quiseram um menino, mas como sou filha única, eles me ensinaram a trabalhar no campo e sempre os ajudei. Meu pai me ensinou a andar a cavalo, a dirigir, a ordenhar e até a arrumar a caminhonete, essa velha que está aí na frente.

É um carro bom. Apenas eu, por estar com a barriga grande, não consigo dirigir, fazendo as curvas fechadas. Deixei de andar a cavalo com 02 meses de gravidez, porque aqui me disseram que podia perder a criança.

Agora ajudo meu marido, ele e eu, fazemos todo o trabalho da chácara e nos fins de semana saímos a vender doce, queijo, ricota e porco. Gosto de trabalhar, caminhar e passear gosto também de ouvir música. Tenho 31 anos”.

A seguir, apresentou-se a terceira gestante. Triste, com olhar perdido, inibida, de braços cruzados sobre o abdômen, apresentando aspecto de cansaço e utilizando frases curtas.

- G3.”Sou de Bagé tenho 19 anos e estou terminando o segundo grau noturno. Deixei de trabalhar e penso e deixar de estudar. Moro com meus pais e com meu irmão de 16 anos. Meu namorado não sabe que estou grávida e meus pais não estão contentes com esta gravidez. Gostava de ir a bailes, passeios, estudar e trabalhar, agora não sei...”.

Logo após, o grupo permaneceu atento, interrogante, muitas vezes em silêncio, talvez para ouvir melhor ou pensar e refletir sobre o que acabavam de ouvir de cada integrante do grupo. Apresentou-se G4 com um sorriso simpático, desinibida, demonstrando nostalgia e preocupação sobre os tópicos abordados.

- G4. “Sou nordestina, tenho 22 anos e estudei até a terceira série. Moro com meu marido que também é nordestino. Sentimos muita falta de nossa família, temos muita saudades. Aqui a temperatura, a comida, a gente, tudo é diferente”.

Quando chegar o bebê vai tirar um pouco da saudade. Trabalho numa casa de família perto daqui. Já fez dois anos que vim para Bagé. Gosto de crianças, de

passar, de viajar, de cozinhar e de ter bonita a minha casa. Este é meu primeiro filho”.

A seguir, com gestos de tranquilidade, apresentou-se a quinta grávida, talvez a mais segura, comentando que é muito bom vir ao ambulatorio e que é a segunda vez que usa nossos serviços, assegurando que viria em todas nossas reuniões.

- G5 - “Tenho 17 anos, moro numa fazenda de Bagé e estudei até a 4ª série. Tenho um filhinho de um ano e meio; moramos nós três na fazenda. Ajudo meu marido nas tarefas. Estou na segunda gravidez. Espero vir a todas as reuniões, mas há vezes que não tenho com quem deixar o meu filho, por isso falto a consulta. Gosto da campanha, de animais, de viajar e de assistir a TV. Tenho 03 cachorros e um gato. Antes de ir para a fazenda, morava em Bagé com minha mãe e duas irmãs”.

Seguiu-se a apresentação de G6 com grande espontaneidade e segurança, aparentando saber o que quer e tentando observar e entender as demais.

- G6 - “Tenho 22 anos, sou casada, moro em casa própria e sou natural de Bagé. Trabalho no comércio e, nos fins de semana, faço decorações para festas e aniversários, concluí o segundo grau”.

É um prazer vir á consulta, porque além de tirar dúvidas aproveito o único tempo que tenho para mim. É um descanso! Gosto de descansar, de ler, de passar, de olhar TV, de ouvir música, de jantar fora e das reuniões familiares”.

Apresentou-se G7, séria, com ar de imposição, com certeza de suas palavras, não dando lugar a sugestões usou frases curtas e cortantes.

- G7- “Tenho 28 anos, sou natural de Pinheiro Machado, moro na casa da minha mãe com ela, meu marido e meu filho. Sou do lar e faço bolos para aniversários”.

Há 04 anos casei-se e estou na segunda gravidez. Estou esperando a segunda cesárea, pois não quis parto normal. Vou pedir outra cesárea e já quero ligar. Gosto de decorar bolos e de cozinhar, de passar com meu filho, de ver TV e de ir para o campo”.

Continuando, ouviu-se a apresentação da última gestante do grupo G8, parecendo estar de bem com a vida, exteriorizando simpatia e demonstrando fácil adaptação.

- G8 - "Vim de Porto Alegre, nasci em Viamão, estudei até a terceira série do primeiro grau, tenho 26 anos, sou casada e tenho 03 filhos, uma menina de 12 anos, um menino de 09 anos e outro pequeno de 01 ano e meio. Os mais velhos vão ao colégio pela manhã. Um na sexta e outro na quarta série vão estudar mais que a mãe".

O pequeno, deixo na creche pela manhã, porque trabalho de cozinheira numa casa de família. Meu marido é de Porto Alegre e trabalha como encanador, gosto de meus filhos, de passear com a família e de ir a Porto Alegre para visitar minha mãe e meus irmãos. Gosto também de ver TV para aprender receitas novas".

No final desta reunião percebemos as gestantes bem receptivas, com intercâmbios de idéias e falando em voz alta. Pedi um pouco de silêncio e falei:

- Está terminando o nosso horário, apreciei muito a exposição no encontro de hoje e gostaria de saber que temas desejam sugerir para a próxima reunião. Como foram denominadas grávidas 1,2,3....8, pergunto: "Se gostariam de um intercâmbio de idéias sobre gestação e pré-natal. Uma gestante manifestou sua aceitação dizendo que sim, já que por esse motivo conhecemo-nos".

A sugestão foi aceita umas responderam que sim, outras com movimentos de cabeça, outra bateu palmas e houve quem se manifestasse dizendo que a escolha ficava a meu critério.

Nesse momento, achei oportuno esclarecer que todos nós temos conhecimento sobre algo ou sobre várias coisas de acordo com nossa realidade, cultura, família, ambiente e também com a sabedoria popular. Por isso é importante a troca de conhecimentos entre todos, porque assim todos os integrantes ensinam e aprendem ao mesmo tempo. Somente desse modo cresceremos como seres humanos.

Além disso, o aprendizado deve ser renovado sempre, pois nossas experiências nos enriquecem cotidianamente. Hoje sabemos uma coisa; amanhã, ouvindo outros, somamos experiências tiradas do nosso cotidiano e dialogando e

refletindo podemos obter novos conhecimentos. Certamente, o grupo aprenderá comigo como eu aprenderei com ele, possibilitando uma real troca de conhecimentos.

Foi combinado que os encontros seriam as segundas-feiras no horário que antecede as consultas de Enfermagem com duração de 40 a 50 minutos.

5.2 – SEGUNDO ENCONTRO

Este segundo encontro foi ainda mais produtivo. As participantes estavam sorridentes e mais espontâneas, aguardando as outras participantes. Ao completar-se o grupo G6, de pé, com as características que lhe são próprias, manifestou-se:

- G6 – “Com licença, tendo entendido que ficou para desenvolver no dia de hoje pré-natal e gestação não é verdade? Posso sugerir que comece como da outra vez, pela primeira e terminando pela última, para saber quem fala?”

- P – “Aceitamos a idéia, mas acho que é mais fácil colocar o crachá mais visível, do lado esquerdo do peito. Para lembrar o encontro anterior vou ler minhas anotações sobre a exposição de vocês. Cada participante deveria expressar o que sentia na sua gravidez”.

- G1. “O pai deveria ter consciência e responsabilidade igual a mãe a respeito do ser que vai nascer. Eu sei que estou contente e que aceitei esta etapa da minha vida. O bebê não foi programado, mesmo assim trato de curtir a minha gestação. Meu namorado não está dando bola, mas penso que quando o bebê nascer pode ser diferente.

Eu sinto amor por meu filho, tenho o apoio dos meus pais e de minha família e venho aqui à consulta de pré-natal para que ele cresça bem e eu não fique doente, com falta de vitamina ou algo assim. Não é muito fácil vir à consulta. A dona da loja não gosta. Quando chego, está cuidando o horário e diz que assim não vai dar. Agora está preparando duas moças para ficar no meu lugar e me disse que, quando eu voltar da licença pode estar o aviso para ser cumprido. No entanto estou consciente de que eu devo vir às consultas, pois a mãe de meus primos morreu em consequência do parto”.

- P - “De que maneira? Ela fez pré-natal? Ela estava doente?”

- G1 – “Não senhora, ela morreu porque estava com uma anemia muito grande, não se alimentava, teve uma hemorragia após o parto, foi para a CTI e não saiu viva”.

- P – “Ela consultou ao menos uma vez?”

- G1- “ Não, ela nunca se tratou. O marido que é meu tio, irmão de meu pai, é alcoólatra, não trabalha bem, acho que nunca disse a ela que deveria consultar. Sei que por todas essas razões não se alimentava bem. Os médicos disseram a meu pai que ela teve hemorragia e complicou pela anemia. Imaginem o que passamos com um recém-nascido que surgiu de repente, sem esperarmos, sem termos nada para ele e ainda a irmã dele de sete anos.

Comecei a trabalhar porque só o meu pai trabalhava e ficamos num grupo de 07 pessoas. Vocês acham que, com esse exemplo, eu não vou me preocupar? Trato de não faltar às consultas.

Se for demitida do emprego surgirá outro. Eu gosto de sair, de me arrumar e de curtir minha família. Somos humildes, mas estamos sempre juntos. Gosto de olhar TV, de tricotar e estou fazendo uns sapatinhos para meu bebê.”

Enquanto pesquisadora mantive-me a maior parte do tempo como ouvinte, tentando entender o significado das palavras e dos gestos de cada uma, tentando identificar os temas geradores, bem como entender os sentimentos das gestantes quando comentavam o que significava gravidez e pré-natal.

As participantes, perante a exposição, demonstraram os problemas os quais enfrentavam, umas entendendo o porquê enquanto outras aceitavam sua situação como uma imposição imutável, como exemplificou G3.

- G2 – “ A gravidez para mim é um presente. Casei faz menos de um ano e já estou com mais de 30 anos. Meu marido e minha mãe queriam. Agora vem o Yago. Estamos todos felizes é um presente de Deus para todos. Só tem felicidade na minha casa e agora que ele já se mexe todos querem tocar na minha barriga.

“Eu entendo por pré-natal esses exames todos que faço para controlar o bebê, para escutar o coração dele e as orientações que vocês dão. Faltei só duas vezes, porque não deu para vir. A chácara fica longe e é grande”.

Esta gestante, como sempre, apresentou-se feliz e sorridente como nos encontros anteriores. Após a exposição de G2, veio a apresentação de G3 a qual continuou demonstrando tristeza e nenhum sorriso aflorou em toda a reunião o que foi compreensível após sua manifestação na qual teve dificuldades de expressão.

- G3 - "Para mim, não está sendo bom. Meus pais irão registrá-lo como filho deles. Meu namorado não sabe que estou grávida e eu não vou contar. Meus pais não querem que conte, porque ele ou os pais dele podem me tirar a criança. Eu não sei. Vim aqui, porque tenho de fazer exames e controle".

- P - "O que significa pré-natal para ti"?

- G3 - "Tudo isso que a senhora faz e orienta".

- P - "Conversaste com teus pais sobre o assunto? Expressaste teus sentimentos? Eles ouviram tua opinião?"

- G3 - "Não. O que penso não importa para eles. Eles já decidiram."

- Esta paciente estava deprimida, cabisbaixa, pensativa, com os braços cruzados, apoiados sobre a barriga, demonstrando insegurança e tristeza. Entendendo a preocupação e o desespero de G3, fiz uma pausa e pedi a G4 que se manifestasse; entretanto, todos os olhares demonstraram surpresa pelo que ouviram de G3.

- G4 - Apresentou-se com um sorriso triste, entendendo o seu problema, mas não como solucioná-lo.

"Gestação é quando a mulher está gerando um filho, é uma coisa boa, pois é o meu primeiro filho e é o que eu e meu marido queríamos, um guri. Estou longe de minha família, nós dois trabalhamos e só domingo podemos estar juntos todo o dia. Estar grávida é bom, acho que ficamos mais carinhosos, vemos a vida melhor.

Eu faço pré-natal vindo aqui a todas as consultas, mas quando chego ao trabalho a mulher me diz que não vai me pagar todo o dia porque não trabalhei toda a manhã e me dá roupa para lavar e para passar. Tenho de limpar toda a casa.

Esse dia, saio de noite para ela me pagar todo o dia. A roupa, eu lavo no tanque, e para pendurá-la tenho de subir 20 degraus com o balde cheio de roupa. Se não, tenho de descer e subir várias vezes, levando uma peça por vez. Isso cansa

e as pernas doem. Na primeira consulta, ela não me pagou o dia. Disse que eu fosse embora e voltasse no dia seguinte”.

Falou com rancor ao referir-se à empregadora, não falando nada positivo dela, dando a entender que só tem obrigações e não direitos.

- P – “Como estamos conversando e o tempo está escasso vou pedir só a exposição sobre gestação e pré-natal e no próximo encontro faremos comentários sobre o conteúdo de hoje e continuaremos dialogando, após rever nas minhas anotações o que foi exposto neste encontro.

- G5 – “ Gravidez é um ser gerado dentro de outro ser vivo e é bom sentir amor, curiosidade, medo e felicidade. Por mais que queira expressar-me, não dá. Só sei que é maravilhoso a gente fazer uma coisa tão linda e tão perfeita como um bebê. Pré-natal é o acompanhamento que a senhora e o médico nos dão para que tudo ocorra bem no parto.

Eu não posso vir sempre, porque não tenho com quem deixar meu filho. Meu marido trabalha de peão na fazenda, cuidando do gado”.

- P – “Tu comentaste que tens duas irmãs e tua mãe em Bagé? Elas nunca vêm te visitar? Gostam de brincar com teu filho? Quantos netos têm tua mãe?”

- G5- Responde, após levantar-se prontamente e esboçar seu sorriso costumeiro:” Sim, moram na cidade e a minha mãe tem 02 netos, tem vez que elas vem nos finais de semana para a fazenda”.

- G6 - “ É amor, alegria, felicidade, tudo que uma mulher precisa para se completar. Encontro na minha gestação força para tudo, até lido melhor com as pessoas.

Gostaria que todas as pessoas pudessem avaliar a nossa felicidade e também que elas fossem felizes. O meu empregador não gosta que falte ao serviço. Quando chego, após a consulta, mesmo levando atestado não me olha com boa cara, mas penso que é o direito que nós, mulheres, temos de cuidar do filho desde sua origem”.

Continua com a mesma desenvoltura de sempre, fazendo referência de que ela pensa modificar a situação.

- G7- "Gravidez é bom, é sentir crescer o filho, é sentir ele se mexer. O ruim é o parto, por isso da outra vez quis cesariana e desta vou fazer outra para ligar e assim não ter mais filhos. Não adianta falar de parto que eu não quero que nasça de parto.

Dizem que é bom, mas eu não quero sentir dor. Dizem que nascer de cesárea é o mesmo que colher uma fruta verde, mas eu como fruta, mesmo assim, verde. Pré-natal é cuidar o bebê até na hora do nascimento, fazer exame e ir ao médico".

Percebi em G7 a presença, em todo momento, do medo do parto, apesar de falarmos que a cesárea é um ato bom geralmente realizada, quando necessária, tentando não prejudicar a mãe nem o feto. Com ar de deboche, G7 demonstrou noção e segurança no que expôs.

- G8 – "Gestação é a mulher estar grávida, sentir-se bem, contente e feliz. Pré-natal é o que toda mãe deve saber para se cuidar e cuidar do filho, já que é a riqueza que Deus nos dá. Gosto de crianças e eu e minhas quatro irmãs fazemos da primeira a última consulta sempre. A riqueza dos pobres são os filhos.

Eles têm que estar limpos e com saúde. Quando soube dessa gravidez, comuniquei a minha patroa que alguns dias chegaria tarde para ir à consulta. Na primeira e segunda consultas ela não ficou contente. Disse a ela que era costume da família ir a todas as consultas, depois ela aceitou. Eu acho que quem quer o filho cuida de sua saúde".

Entendo que G7 apresenta uma noção correta do que é gravidez e tem segurança na forma como expõe.

- P – "Este segundo encontro teve um conteúdo vasto e complexo. Como já tínhamos combinado, continuaremos com o tema no terceiro encontro. Quero esclarecer que o fato acontecido com a tia de G1 não é freqüente com as gestantes que realizam o pré-natal. Querem saber por quê?

- G7 – "Por quê?"

- P – Podem responder por quê? Só pensando e lembrando o falado na consulta, podem responder, não é verdade?

- G6 – " Sim, porque realizam-se exames, dá-se orientação a gestantes, recomenda-se comer verduras e frutas, não em quantidade e sim em qualidade".

- G8 – “ Porque têm que estar fortes no parto e têm que dar de mamar”.

- P – Achei necessário perguntar anteriormente se a tia de G1 tinha realizado o pré-natal e qual motivo que a levou a óbito. Ao ver os olhares significativos e surpresos das participantes, já que uma está com medo do parto em si e desde o início da consulta do pré-natal fala-se de parto normal, de suas vantagens maternas e fetais. Pensei que fosse melhor esclarecer que, em nosso ambulatório, não tínhamos nenhum conhecimento de problemas relacionados a esse assunto.

5.3 – TERCEIRO ENCONTRO

Com o objetivo de fazer um elo de união entre os encontros decidi por iniciar o terceiro encontro lendo as minhas anotações sobre as falas da reunião anterior na tentativa de validá-las com o grupo.

- P- Estamos reunidas novamente, formalizando o terceiro encontro. Agradeço o esforço e o interesse de vocês. É gratificante, pois vejo que estão gostando das reuniões, de dialogar e de expor suas idéias, pensamentos e sentimentos.

- G1 -“Estamos ficando amigas e formando uma família de grávidas. Vai ser difícil quando nascerem todos os sobrinhos”.

- P – Lembrem que temos que trocar conhecimentos, experiências e que cada uma de nós pode questionar, pois penso que, desse modo, o encontro ficará, certamente, mais rico.

O grupo ao relembrar os tópicos abordados na reunião anterior e o que G1 tinha falado manifestou-se assim:

- G4- “ É difícil que uma pessoa não tenha coração. É impossível que um pai ao ver o filho não goste dele, não sinta amor por ele, se até os animais se aproximam dos filhotes e os protegem”.

Continuou G5:

- G5 –“ Pois é. Na outra gestação meu marido e eu não estávamos juntos, vim a uma consulta e eu o trouxe comigo. Não foi fácil! Não veio a primeira vez que pedi, nem a segunda; um dia, veio, entrou na consulta para ouvir o coraçãozinho do

bebê, aí ele, quando ouviu, encheu os olhos de lágrimas e botou a mão na minha cabeça e me olhou, eu também chorei.

Quando saímos para a rua, botou-me a mão por cima do ombro fomos conversando até a casa da minha mãe falamos muito e resolvemos nos juntar. Não casei, mas estamos juntos e trabalhamos na fazenda. O dono da fazenda é muito bom e não deixa faltar nada. Estou como na minha casa e já vem nosso segundo filho. Eu acho que tudo é conversar”.

- P – G1, O pai do bebê sabe da gravidez e que vai nascer um menino?

- G1- “Ele sabia que eu vinha ao médico. Desde que eu vim na primeira consulta ele não fez questão de me ver, então eu não contei nada. Eu acho que é ele que tem que vir a mim”.

- G6- “Tem cuidado. Hoje em dia tudo é diferente, olha que já não se espera só pelo homem, agora até a menina dá o primeiro passo para namorar; pensa se tu gostas dele, que em Bagé tem pouco homem, tu descuida e já pegam ele para namorar. Eu não sei, mas eu tenho força para lutar”.

Intervio G2 e falou:

- G2- “Eu também acho. Não vai perder o pai do teu filho por não tentar conquistá-lo. É tão bom curtir a gravidez juntos. Traz ele, convida para te acompanhar na consulta e para tocar na barriga para ver o filho mexer”.

- G6 -“Se a gente bobeia um segundo, já perde tudo. Tu comentas ou avisa a dona da loja o dia que vens á consulta?”

- G1-“ Não adianta, ela não gosta”.

- G6 –“ Pede permissão e fala: - Tu não explicaste que tens que cuidar do teu filho desde agora?”

- G1-“ A minha mãe trabalhava numa lancheria quando ganhou a minha irmã caçula e podia ir ao médico. Lembro que eu ia com ela e depois, quando a minha mãe começou a trabalhar, meu pai levava a minha irmã para mamar”.

- G5-“O meu filhinho mamou no peito e aumentava 300 gramas por semana enquanto o meu sobrinho tomou leite de vaca e tinha que usar supositório para fazer cocô e não era gordinho como o meu”.

- G8-“. A minha mãe tratou de nós todos, eu e minhas 04 irmãs sempre fazemos o pré-natal e damos de mamar; por isso nossos filhos são fortes e saudáveis”.

- G4-“É difícil ter um patrão ruim. Quando volto daqui, ela diz que vai descontar o tempo que não trabalhei e o tanque está cheio de roupa para lavar. Ela não vê que a minha barriga está grande e que já canso! ... Isso que ela já tem filhos e já comentei que tenho que subir 20 degraus para estender a roupa!...”

- P - Tu já disseste a ela que está sendo difícil subir escadas e que cansas ao realizar esforços? E que foste orientada a não fazê-los?

-G4- “Não, ela não escuta nada, mas ela tinha que se dar conta, pois ela é mãe”.

- G6- “ Eu, quando sinto contrações ou tenho inchaço nas pernas, gostaria de pedir atestado por dois ou três dias, porque na loja na qual trabalho tem muitos degraus. E o patrão não dá nem cinco minutos para descansar. Os empregadores não nos consideram, a gente é que tem que pensar. A mulher tem que se virar e achar maneiras de conseguir as coisas senão nunca teremos chance. É importante cuidar o filho desde o início para não ter problemas no futuro”.

- P – Penso ser importante ouvir o que foi falado, porque se queremos conseguir alguma coisa ou modificar algo temos que pensar de que maneira podemos fazê-lo.

A sensibilização e a união do grupo na luta por um ideal ainda parece ser uma das formas mais concretas de transcender as dificuldades.

- G4- “O meu caso não é bom. Além de nunca tirar férias só depois de 09 meses minha patroa assinou-me a carteira de trabalho e disse que o tempo que ficou para trás não tenho direito. O trabalho é só exploração, vou me aposentar quando?”

- P - Você já pensou em conhecer o direito da mulher trabalhadora? Quais são os documentos necessários que deve levar quando começa-se a trabalhar?

- G5- “ Tem que levar recomendação do emprego anterior”.

- P - Acham importante falar sobre o direito da mulher trabalhadora?

- G6-“Acho importante, assim reclamamos o justo e nos protegemos”.

- P – “Gostaria que a participante G3 falasse algo sobre o que pensa de si e de sua situação como gestante, antes de terminarmos a reunião”.

- G3 - “ Está sendo difícil. Muitas vezes não dá vontade de pensar”.

- G6- Pede para manifestar-se e pergunta: “Você imagina seu filho sendo seu irmão? Com o tempo alguém vai contar a ele, não fica pior? Você acha que deve esconder do pai? E se quando grande ele se casa com um irmão ou irmã?”

- P - Realmente, você não é a primeira gestante solteira. Será que não surge uma alternativa melhor que modifique os pensamentos de toda a família? Pode o avô registrar o neto como filho? Você ficará bem não revelando a sua maternidade?

- G5- “Só pode dar confusão em lugar de solução. Acho que é coisa de se pensar bem”.

- P – Agora que já nos conhecemos melhor, que há mais confiança, gostaria de saber se estão gostando ou não dos encontros, do diálogo existente e da participação de todos? A resposta foi unânime em afirmar que gostaram. Também foi aceito dialogar sobre os direitos da mulher trabalhadora.

É um tema que incita ao diálogo. As participantes estão mais integradas, mais explícitas e mais descontraídas; a confiança aumenta e nota-se o desejo de mudança.

Quero saber se existe algo que não as satisfaz ou que as impede de vir às consultas, deixando-as preocupadas. Quero que pensem sobre isto para responderem no encontro que vem, quando realizaremos intercâmbio de conhecimentos.

5.4 – QUARTO ENCONTRO

Achei relevante realizar uma oficina de colagem para ter um significado certamente mais aproximado das suas realidades.

No início do encontro comentei que já estamos no quarto encontro e que havia trazido revistas coloridas, cola, tesouras e folhas de ofício. Gostaria que expressassem de diversas formas, além do que já foi manifestado com palavras, “o que entendem por gestação, pré-natal e direitos”.

Sintam-se a vontade para diversificar, podem começar recortando figuras, palavras ou realizar desenhos que tenham algum significado a respeito do seu cotidiano.

Podem colar letras formando frases ou colar figuras e após expressar seu significado. O resultado da colagem foi muito bom, teve um ótimo aproveitamento, pois o grupo expressou suas inquietações, satisfações, emoções e preocupações.

Com respeito à gestação surgiram manifestações como:

G1 – “É a fase de realização da mulher, é o início de uma nova família”.

G2 – “É gerar outro ser-humano dentro de si, sentindo amor, carinho; é uma espera contando os dias que falta para o bebê nascer”.

G4 – “É um sonho de nós dois, é uma alegria muito grande que não dá para expressar com palavras. Não deveria ser motivos de brigas para poder comparecer tranqüila às consultas”.

G5 – “A gravidez me ajudou muito a amadurecer e a entender a vida é fascinante, é um dom que Deus deu à mulher”.

G6 – “É alegria, é prazer, é o aumento da família, é vida, é paz, é preciso ter calma, é aflição e é angústia, mas acho que estou preparada”.

G7 – “É prazer, responsabilidade, amor, ter mais motivos para sorrir; é saber que dentro de alguns meses nascerá para a vida um ser que carrego dentro de mim”.

G8 – “Sem dúvida é uma etapa de realização da mulher, mas também é compromisso e responsabilidade sobre a saúde de nós dois.

A respeito de pré-natal surgiu:

G1 – “É o cuidado que devemos ter indo às consultas para cuidar do filho para que nasça bem e se crie bem é ir em busca de orientações”.

G2 – “É a alegria de ir a consulta com a minha mãe e meu esposo para ver a evolução da gravidez, se tudo está bem, se estou precisando de exames ou ecografia, assim sai tudo bem.”

G4 – “É todo o período antes do parto e nele temos que fazer uma série de consultas para a mãe e o bebê estarem bem”.

G5 - "É o controle que se realiza todos os meses para ver a saúde do bebê e da mãe; eu vou sempre acompanhada do meu esposo para ouvir juntos o coração do nosso bebê. Não tem alegria maior".

G6 - "É tratar da mãe e do bebê no ambulatório de enfermagem, realizando exames e recebendo orientações sobre alimentação e tudo relacionado à gravidez".

- G7 - "É ir ao ambulatório e realizar a consulta com o médico ou com a enfermeira, fazer exames, aumentar normalmente de peso, alimentando-se bem, não exagerar em nada para a mãe e o bebê chegarem bem ao parto ."

- G8 - "O pré-natal é uma série de consultas que toda grávida deve realizar. Na minha família, todas minhas irmãs o realizam, pois devemos nos cuidar e cuidar nossos filhos desde a gravidez em todos os aspectos".

A respeito de direitos emergiu:

- G1 - " Eu acho que tenho o direito de ir a consulta de pré-natal sem a guerra de nervos que passo cada vez que devo ir ao ambulatório. A dona da loja me olha mal, quando chego, olha o relógio ou diz que está preparando duas moças para uma delas ficar no meu lugar ou que quando volte da licença gestante pode estar o meu aviso prévio para cumprir. Isso não é justo, deixa-me tensa, nervosa e com medo de perder meu emprego. Eu preciso trabalhar, mas mesmo assim não desisto".

- G2 - "Para mim é o que se pode e o que não se pode fazer".

- G4 - "Penso que é fazer o que a gente pode. Agora desacelerei faço as coisas bem, mas dentro do possível. Essa é uma forma de cuidar-me".

- G5 - "Fala-se de direito, mas eu não os conheço. Penso que é saber o que é certo e o que não é .".

- G6 - "Acho que se precisa dar mais apoio à mulher que trabalha, muitas não têm direito de ir ao médico, os empregadores não gostam de atestados e muitas vezes demitem, existindo discriminação entre mulheres e homens. Geralmente os homens são mais aceitos, porque além de não engravidar a mulher também falta ao serviço quando os filhos estão doentes. A lei deve ser mais clara para as empregadas".

- G7 – “Entendo que é ir trabalhar, poder estudar, poder votar, ir ao médico e uma série de coisas que se devem fazer, mas não sei explicar bem o que é realmente o direito”.

- G8 – “Se fala muito de direitos, mas não está claro quais são os nossos. A primeira vez que fui a consulta minha patroa ficou furiosa. Eu falei a ela que não abria mão, que eu e minhas irmãs costumamos cuidar do bebê desde a gravidez e que eu ia ir sempre ao médico; a segunda vez não complicou”.

Expressaram também o desconforto perante seus empregadores, falando assim:

- G1 – “Ela só olha o relógio e fica brava quando me vê chegar atrasada no dia de minha consulta. Isso me deixa tensa e com raiva” .

- G4 – “A minha patroa é ruim e injusta, porque quando ela sabe que eu chego atrasada porque fui à consulta, a casa está horrível. Enchem a pia de louça, o tanque fica cheio de roupa para lavar e me faz pagar todos os minutos que não trabalhei durante a manhã ou me desconta em dinheiro. Ela é fria, obriga-me a fazer trabalhos que eu não gostaria de fazer. Assinou minha carteira de trabalho depois de eu trabalhar 01 ano e 09 meses e ainda disse-me que não tinha direito ao tempo anterior ”.

- G6 – “O dono da loja sabe que tem que dar tempo para descansar, mesmo assim não dá nem cinco minutos para comer uma fruta, todos os dias subo e desço degraus várias vezes as pernas e os pés doem, eu comento e ele nem liga”.

- G8 – “ A minha patroa modificou-se, pois no início ficava brava quando eu ia à consulta, mas estou pensando que ela sabe que se brigar comigo vai ficar sem cozinheira. Ficar sem emprego é ruim, mas sem cozinheira também”.

Ao entender sua realidade, sua opressão e suas dificuldades como demonstraram refletiram que devem saber sobre o que é direito e quais são seus direitos e como conseguí-los.

- P – Como foi manifestado a vontade de saber o que é direito, segundo minha concepção, posso dizer a vocês que direito é saber o que é correto fazer para viver em sociedade sem conflitos e o que não se deve fazer para não sofrer

sanções. Para isso, existe uma série de regras ou normas a serem conhecidas e cumpridas por todas as pessoas.

Segundo Acquaviva, 1995, p.523, direito é o conjunto de normas formuladas pelos homens, destinadas a dar ordem à vida em sociedade.

Foi desde o início incentivado o raciocínio através de um diálogo, estimulando uma ação crítica, levando a refletir sobre a sua realidade para que, dessa maneira, pudessem exercer sua cidadania, já que o ser humano tem direitos e obrigações.

Para mim, cidadania é conhecer seus direitos e exercê-los. Lendo e raciocinando sobre as leituras sugeridas, após refletirem, certamente poderiam estar mais instrumentalizadas para saber como atuar perante cada realidade.

Nesta primeira etapa, foi realizado um grupo de reflexão na qual foram estimuladas a problematizar as situações vivenciadas, conhecendo sua realidade e as possibilidades de modificação.

Freire, em toda a sua obra, expressa a necessidade da pessoa passar da consciência ingênua à consciência crítica. Portanto, além de conscientizar-se de sua realidade é necessário perceber a sua necessidade e possibilidade de mudanças, somando-se aos movimentos de lutas políticas pela transformação do mundo.

Estas vivências permitiram-me, de certa forma, conhecer um pouco da realidade de vida do ser humano, mulher grávida trabalhadora, segundo a ótica das participantes deste estudo.

Participei como animadora, criando situações em que o grupo tivesse que pensar e refletir, pois é o interesse de todas, incentivando um pensar coletivo sobre diversos problemas. Para que fosse visto o lado positivo, incentivando a reflexão pedi que a gestante G6 lesse um artigo intitulado "O que digo ao chefe", reportagem de Ana Paula Buchala, publicado na revista Veja, p.140-141 de 15/03/2000, no qual comenta que são colecionadas, por psicólogos e profissionais de recursos humanos, frases que ajudam a explicar o que passa pela cabeça da futura mãe a qual deve contar ao chefe o seu estado de gravidez.

Destacamos algumas dessas frases: "serei demitida", "ele vai ficar desapontado", etc. A maioria das mulheres grávidas trabalhadoras pensa ou acredita

que vai ser prejudicada ao contar tal acontecimento ao seu chefe ou patrão, não passando simplesmente de consequências da ansiedade pelo temor de comunicar.

No mesmo artigo, afirma também a psicanalista do Grupo de Apoio à Maternidade e Paternidade de São Paulo que há o temor de que a gravidez e a licença maternidade as coloquem em desvantagem no trabalho, mas comenta que se há discriminação ela é mais suave do que parece.

Continua Yara, que é uma grávida trabalhadora, fazendo um comentário que ela imaginou que pudesse ser discriminada, mas que estava equivocada e que se surpreendeu com a reação do chefe e dos colegas os quais não a discriminaram.

Além disso, no mesmo artigo surgiu um comentário sobre a Previdência Social que será analisado no próximo encontro, quando também falaremos sobre os direitos da mulher trabalhadora.

5.5 – QUINTO ENCONTRO

Cada encontro realizado era percebido como uma realização para as componente do grupo, uma alegria, uma esperança, uma presença, não faltava ninguém. Manifestavam estar apreensivas no início, contentes e satisfeitas ao ter mais conhecimentos no final.

Começamos o quinto encontro compartilhando o material de Legislação do empregado doméstico, o salário maternidade, a estabilidade provisória, o horário de trabalho, os benefícios da empregada doméstica grávida e demais trabalhadoras grávidas.

Neste encontro, dialogou-se sobre a mulher trabalhadora, realizando uma subdivisão sobre mulher trabalhadora rural, urbana e domésticas (por existirem diferenças), direito à saúde, estabilidade provisória, desde os primeiros sintomas de gravidez ao quinto mês, para rural e urbana, (sendo diferentemente para as domésticas), licença gestante, dispensa obrigatória de 120 dias e demissão sem justa causa.

Documentos imprescindíveis para trabalhar: Carteira de Trabalho, Carteira de Identidade, atestado de saúde, referência de empregos anteriores e carnê de INSS

para empregadas domésticas. Sobre creches, para poderem deixar os filhos no horário de trabalho.

Sobre a licença da gestante, 04 semanas antes do parto e 12 semanas depois do parto. Entendendo que direito à saúde é direito de realizar o pré-natal, bem como o direito de amamentar o filho.

Desse modo fomos comentando sobre os direitos e obrigações em cada situação analisada, como por exemplo.

P – “A gestante tem o direito de...”

- G1 – “Cuidar de sua saúde, e o patrão deve nos deixar ir ao ambulatório para realizar todas as consultas”.

P – “O patrão tem o direito...”

- G2 – “Que a empregada trabalhe porque ele paga para isso, então a empregada tem que trabalhar”.

P – “A mulher trabalhadora tem direitos?”

- G4 – “Sim, ela tem direitos, e o patrão deve respeitá-los”.

P – “Se o patrão não os reconhece como podem ser conseguidos?”

- G5 – “Falando com ele, entendendo o que ele quer, falando sem mágoas, sem gritos e explicando a ele a situação.”

- G6 – “Explicando que agora sabemos sobre os nossos direitos e que podemos dar um jeito para cuidar de nossa saúde.

- G7 – “Agora fica mais fácil, conhecendo os nossos direitos, dá para negociar sem problemas.”

- G8 – “Sempre se dá um jeitinho para conseguir as coisas mais ainda se temos direito a elas”.

No início as gestantes não pensavam e não entendiam sobre os seus deveres e sim acreditavam só em seus direitos frustrados.

Após a leitura do artigo da revista “Veja” já mencionado e de terem noções sobre as leis trabalhistas que foram comentadas verifica-se que, através de palavras

mais simples, compreenderam que conversando sobre seus problemas com seus empregadores, tudo seria mais fácil.

Perderam o rancor que tinham ao falar do patrão, suavizando suas palavras e comentando que gostariam de trazer os resultados dentro de alguns meses. Logo pediram-me que dentro de 06 meses no máximo fosse realizado um convite para um próximo encontro.

A seguir surgiu um comentário de G5 "eu entendi que meu problema era simples, eu não devia faltar as consultas, eu devia pedir a minha mãe ou a uma de minhas irmãs que cuidassem meu filho na fazenda o dia que eu tinha consulta ou eu deixando ele na casa da minha mãe para alguém cuidá-lo, porque eu podia vir uma dia antes da fazenda".

P – "Lembrem que vocês, como toda mulher grávida trabalhadora, tem o direito de ir à consulta do pré-natal, mas também o dever de dialogar com o patrão para não haver atrito, para que ele tome conhecimento do que vocês estão sentindo, porque muitas vezes a dor e o cansaço não podem ser percebidas por outras pessoas.

Devem dialogar da melhor maneira possível para não haver tensão, mágoa nem rancor, a fim de cuidar da saúde de ambos (mãe e filho). Lembrando que esses são fatores nocivos e podem prejudicar".

Surgiram outras inquietações e interesses após refletirem sobre este tema, despertando questões relacionados a outros direitos subjetivos que as vezes são desrespeitados.

Foram questionados alguns direitos relacionados com a mãe solteira, assim afloraram várias questões que após reflexão do grupo elas mesmas davam certas respostas. Demonstraram vontade de continuar com os encontros, pois a reflexão, o respeito e a descontração foi o melhor incentivo para ter um grupo ativo e com vontade de ser mais.

Após uma calorosa confraternização encerramos o encontro com meus agradecimentos surgindo abraços e sorrisos, expressando alegria pela amizade e pela nova forma de refletir sobre a mulher gestante, seus direitos e seus deveres..

6 – CONVERSANDO COM OS DADOS

Este trabalho teve o propósito de relatar as experiências de vida de mulheres grávidas trabalhadoras através de pesquisa realizada, percorrendo um caminho marcado pela confiança mútua, afeto e solidariedade.

Os temas de discussão emergiam do diálogo, da experiência concreta de vida do grupo, evidenciando o compartilhar do ensino aprendizagem, incentivando à reflexão sobre as vivências para pensar em possibilidades de transformação.

Desde cedo o ser humano aprende a trabalhar, mas não a negociar nem a assumir uma posição ativa diante de si mesmo e do mundo e, muitas vezes, a não criar e recriar respostas às diversas situações surgidas no seu cotidiano.

O grupo ao encontrar um lugar onde era possível falar de si e de seus problemas, ouvir e ser ouvido, recebendo afeto e confiança para falar do seu cotidiano; a possibilidade de compartilhamento de conhecimentos e experiências de pessoas que vivenciam problemas semelhantes, proporcionando uma melhor compreensão de si e do mundo como fatores para criar e recriar formas de enfrentamento que lhe permitisse comparecer à consulta do pré-natal para ter um viver tranquilo e saudável.

É visível a satisfação demonstrada pelas participantes ao sentir-se capaz a respeito do conhecimento de sua realidade "mulher gestante trabalhadora conhecedora de direitos e obrigações".

As mudanças foram surgindo dia-a-dia, a medida que começaram a entender seus problemas, emergiu a vontade de alcançar modificações, apesar das diferenças existentes entre os componentes do grupo, houve um ponto em comum, a luta e a vontade de ser mais

Vicent apud Tedesko em Zugaib (1997), refere que a mulher tradicional é considerada com menor capacidade e inteligência que o homem. A sua função é dar prazer, conforto ao homem e gerar filhos, sendo-lhe também inferior social e familiarmente, devendo a decisão sobre a vestimenta, comportamento sexual e número de filhos desejados pelo homem.

Durante a segunda Guerra Mundial, principalmente nos países da América do Norte, diminuiu o número de homens, porque precisavam engajar-se nas forças armadas e tiveram que deixar seus empregos. Essa escassez de homens influenciou a entrada de mulheres para ocupar os seus lugares. O preconceito de certa forma foi minimizado, e a mulher começou a ser valorizada socialmente como colaboradora da vitória contra o Nazismo.

Verificou-se com o passar do tempo, com o passar do tempo, no mercado de trabalho, que as mulheres produziam em condições de competir com homens, sendo os seus salários inferiores aos dos homens. As mulheres aproximavam-se de sua independência econômica. Quando os maridos voltavam da guerra, esperando vê-las em casa tiveram que se adaptar à nova realidade a qual levou as mulheres à dupla jornada de trabalho feminino, no lar e fora dele.

Primeiramente, surge a liberdade econômica, seguindo-se nas décadas de 50 e 60, começa uma mudança radical na forma da mulher lidar com a sua sexualidade. Nessa época, surge a pílula anticoncepcional, ocasionando relevantes mudanças sociais. Atualmente, a sexualidade da mulher alcança uma outra forma de ser vivida e percebida pela sociedade. Também a partir dos anos 60, houve valorização do papel sexual feminino, preservando a imagem sexual masculina.

Estabelecida no mercado de trabalho a mulher passa a disputar espaço com o homem nas mais altas posições trabalhistas. Frequentemente com maior desempenho que o homem, favorece as empresas com maior produtividade e menores custos.

Nesse aspecto, podemos dizer que, muitas vezes, as mulheres vêm diante de si um mundo, contrastando com a mulher tradicional que teve como meta apenas o lar.

Neste estudo identificamos mulheres em posições menos favorecidas as quais são pouco mencionadas nos livros, tendo a maioria que se sustentar e

enfrentar geralmente os menores salários, a falta de compreensão dos empregadores, entre outros fatores que poderão repercutir no mais belo dos sonhos que possuem ... seu filho.

Ansiamos também neste estudo o surgimento do pensamento consciente nas mulheres gestantes para poder compreender o mundo e saber resolver problemas que, no dia-a-dia, possam alterar a evolução normal da gravidez, já que essas mulheres têm além da dupla função trabalhista, no lar e fora dele, a responsabilidade pelo cuidado e educação dos filhos, tendo, muitas vezes, que deixá-los sós para cumprir sua árdua jornada de trabalho, tentando melhorar sua qualidade de vida e a de sua família.

"A mulher atual ganhou sua dignidade, cidadania e possibilidade de desenvolvimento pessoal. Paga com aumento de estresse conflitos com a maternidade...", Zugaib, 1997, p.51.

A mulher teve grandes conquistas na área do trabalho, tendo que enfrentar a competição diária, ampliando a sua responsabilidade e ganhando mais liberdade econômica, entretanto acarretando uma série de estressores que ocasionam doenças que eram mais freqüentes no sexo masculino.

Vê-se sobrecarregada perante a fusão da responsabilidade dos trabalhos de profissional e de mãe, por trabalhar dentro e fora de casa não tendo conclusão de carga horária.

Já foi comentado anteriormente que não deve-se separar o trabalho do lar do trabalho fora do lar, pois ambos acarretam satisfações, mas também geram maiores responsabilidades. Sobrecarregam a mulher e podem interferir de alguma forma na gestação.

Muitas mães estão trabalhando fora de casa com dupla responsabilidade: a de realizar bem seu trabalho, quero dizer, de forma eficiente e pensar também nos seus filhos que estão ou não com pessoas responsáveis ou têm, desde pequenos, que pensar e atuar como adultos.

Para construção deste capítulo, procurou-se destacar dos registros, feitos após cada encontro com as gestantes que constituíram o grupo de estudo, as

principais idéias que emergiram durante o diálogo estimulados pelos temas geradores.

Cada encontro teve um tema principal para nortear o diálogo. Esta técnica proporcionou uma dinâmica que levou as gestantes a um grau de motivação tal, dando ênfase para a troca efetiva de informações e levando a um processo participativo no qual a vivência de cada gestante concorreu para a discussão proposta em cada tema.

A descodificação dos registros passou por uma filtragem reflexiva acerca de cada tema gerador que constituiu o processo dinâmico de cada encontro o que pode ser encontrado em Freire (1987, p.97) "... este movimento de ida e volta do abstrato ao concreto, que se dá na análise de uma situação codificada, se bem feita a descodificação conduz á superação da abstração com a percepção crítica do concreto, já agora não mais realidade espessa e pouco deslumbrante".

Os temas geradores são vinculados aos encontros e apresentados na ordem natural de ocorrência como se seguem: tema 1) suporte família; tema 2) emergindo emoções; tema 3) a gestação como vínculo entre as gestantes; tema 4) perspectivas maternas e tema 5) um olhar sobre direitos e obrigações.

6.1 SUPORTE FAMÍLIA

O tema suporte família emergiu do primeiro encontro do grupo do estudo a partir das falas das gestantes que, embora sendo aparentemente de uma mesma camada social, possuíam diferenças nas realidades familiar de cada uma delas.

Isto pode ser compreendido como decorrente das diferenças culturais, crenças, visão de mundo, valores e enfrentamentos do cotidiano entre outros fatores.

É provável que esta diversidade de realidades tenha concorrido para se constituir um suporte ampliado da família. Entendo que a medida que emergiram histórias de cunho pessoal, mas que se misturavam com a história familiar, as gestante do grupo, respeitando as individualidades, sentiam-se animadas e amparadas pelos demais participantes do grupo.

Monticelli (1997, p.73), presta-nos ajuda quando diz que: “o ser humano não vive sozinho, ele nasce como membro de uma família, é na família que na maioria das vezes aprende inicialmente a interagir social e culturalmente”.

Pode-se dizer que o sistema familiar está certamente em movimento. Os eventos que acontecem podem determinar o rumo das mudanças em várias direções.

Nitschke (1991,p.22) reporta-se a este aspecto dizendo que “o sistema familiar muda constantemente em resposta dos estresses e tensões tanto dentro como fora de seu meio, assim qualquer mudança em uma parte do sistema familiar pode afetar todo o sistema”.

Considero a gravidez como um evento significativo na vida da família e principalmente para a gestante. Dentro das circunstâncias de que cada uma convive, assim vai encontrar uma forma particular de acomodação da nova etapa da vida.

“Meu pai morreu, eu casei, moro com meu marido e minha mãe... trabalho na chácara e nos fins de semana vamos vender doces, queijos, ricota e porco,” (G2).

Para esta gestante, a gravidez parece estar dentro de um contexto familiar favorável e não depende de um “patrão” para cumprir sua etapa de trabalho, porque tem uma atividade autônoma, portanto pode planejar a sua hora de trabalhar e se permitir cuidar da gestação.

Isto não é a regra geral para todas as mulheres do grupo, existem outras realidades que deixam transparecer dificuldades tanto dentro da estrutura familiar, como no aspecto da vida cotidiana.

“Meu namorado não sabe que estou grávida, meus pais não estão contentes com a gravidez... gostava de bailes, passeios, estudar e trabalhar, agora não sei “,(G3).

Nesta fala, pode-se perceber uma adolescente que interrompeu uma série de projetos de vida e encontra-se solitária para a nova etapa, com a perspectiva de ser mãe desempregada, tendo a responsabilidade de prover a criança e a si mesma.

“Sentimos muita falta de nossa família, temos muita saudade, aqui a temperatura, a comida, a gente é diferente...trabalho numa casa de família”, (G4).

Entendemos que, dentro da dinâmica familiar, a gravidez é sempre um fato novo que pode desencadear expectativas favoráveis, uma vez que pode mudar o contexto familiar pela chegada deste novo membro da família. Em outras situações o fenômeno dá-se ao contrário, desencadeia um mau estar nas pessoas do grupo porque este novo Ser poderá estar competindo tanto no espaço físico como no afetivo no grupo familiar.

6.2 – EMERGINDO EMOÇÕES

Em cada encontro realizado era visível a vontade de participar, de colaborar mutuamente e de interagir significativamente. Foi verificada a solidariedade espontânea entre as gestantes quando aguardavam a chegada das demais participantes para o segundo encontro. Percebia-se que os problemas eram coletivos e resolvidos de forma solidária. Para realizarmos uma adaptação do método da educação de Freire foi fundamental entender o grupo de gestantes como uma unidade de ensino “círculo de cultura”, na qual a reunião de pessoas tem a finalidade de discutir a realidade de cada participante.

De acordo com Brandão, 1981, “do universo vocabular sairão as palavras geradoras que, em conjunto, constituem temas de discussão sempre ligados ao cotidiano dos indivíduos”.

Isto posto, conduz-nos a uma compreensão do que vem sendo dito pelas gestantes que nos encontros teceram comentários de aceitação da gestação, de sentimentos, de felicidade, de amor, de presente de Deus, como também de contradições.

Surgiu também a necessidade premente de manifestação de uma gestante, possuidora de conhecimento empírico, sobre a sua necessidade profissional e a necessidade do cuidado materno para com seu filho.

“Estou consciente que eu devo ir às consultas, a mãe de meus primos morreu em decorrência do parto...porque estava com uma anemia muito grande. Os médicos disseram ao meu pai que ela teve hemorragia e se complicou por causa da anemia. Vocês acham que com esse exemplo eu não vou me preocupar.... Se eu for demitida do emprego, surgirá outro”, G1.

Esta gestante, embora sendo adolescente, demonstra ter consciência de que pelo fato de não estar realizando a consulta do pré-natal podem advir fatores nocivos que poderão interferir na sua saúde e, conseqüentemente, na saúde do seu filho, conforme encontra-se em Rezende, 1995, p.398 ... a anemia reduz a resistência da grávida a infecções, aumenta as taxas de complicações da gravidez e parto (hemorragia ante e pós-parto, prematuridade) e eleva o risco de mortalidade materna.

Todas as gestantes expressaram entendimento da necessidade de consulta do pré-natal e de seu objetivo. Por outro lado, foram apontados os obstáculos ao comparecimento à consulta do pré-natal. Verificados nas falas das gestantes a seguir:

“ Eu faço o pré-natal mas quando chego ao trabalho, a mulher diz que não vai me pagar todo o dia porque não vim pela manhã... esse dia saio de noite para ela me pagar todo o dia.... a roupa eu lavo no tanque isso cansa e as pernas doem”, G4

Recorro a Freire para compreender a mensagem e provavelmente o sentimento da gestante acima.

Freire, 1987 p.51, cita que até o momento em que os oprimidos das razões e seu estado de opressão aceitam fatalisticamente sua exploração.

Vemos que através da educação e da reflexão-ação pode ser enfrentada esta situação de maneira diferente ou ainda descobrir possibilidades de como revertê-la, podendo o ser humano ficar situado no mundo e com o mundo.

Outra gestante comentou que ela e todas as irmãs realizavam da primeira a última consulta do pré-natal sempre e quando soube desta gravidez comunicou à empregadora que chegaria tarde alguns dias para ir à consulta.

Foi verificado uma reação de descontentamento por parte da patroa nas duas primeiras consultas, sendo o fato superado quando a grávida comentou que era costume da família participar de todas as consultas do pré-natal, porque quem quer o filho cuida de sua saúde.

Verifica-se na fala da gestante que a consulta do pré-natal atravessa diferentes gerações, posto que anteriormente manifestou que sua mãe já tinha

realizado pré-natal de todas as suas gestações. Atitude internalizada e reeditada por todas as filhas.

Leininger(1991, p.47 in Gaut), define cultura como:” valores, crenças, normas ou modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada”.

Em função dos relatos das mulheres pontuarem seus sentimentos durante a gravidez identificamos em suas falas a presença de vários deles: amor, felicidade, curiosidade, medo, tristeza, aceitação, como também parece surgir frustração, ansiedade e incompreensão.

Para Viscott, (1982, p.11-12), “os sentimentos formam uma linguagem bem própria. Quando os sentimentos falam, somos compelidos a ouvir e às vezes agir, mesmo que nem sempre compreendamos o porquê. Não estar cômico dos sentimentos de alguém, não compreendê-los ou não saber como usá-los ou expressá-los é pior do que ser cego, surdo e paralítico”. Não sentir é não viver. A linguagem dos sentimentos é a maneira pela qual nos relacionamos com nós mesmos e se não podemos nos comunicarmos conosco simplesmente não podemos nos comunicar com os outros.

Neste encontro, pode-se perceber a diversidade de pensamentos, de sentimentos e a preocupação de cada integrante do grupo a respeito da situação com diferentes graus de compreensão, mas todas as participantes tinham o mesmo objetivo, cuidar de sua saúde e da saúde do seu bebê.

6.3 – A GESTAÇÃO COMO VÍNCULO ENTRE AS MULHERES

A sensibilização da gestação e a união do grupo em busca do mesmo objetivo começa a criar vínculo, levando a expressarem-se como sendo uma família de mulheres grávidas.

Comentaram soluções de problemas anteriores, talvez como exemplo para possíveis e futuras soluções após a reflexão do caso.

Neste encontro, trouxe as minhas anotações sobre as falas da reunião anterior para validá-las com o grupo.

Uma gestante, lembrando a situação da adolescente solteira G1, comentou que era difícil que o pai não se comovesse ao ver o filho e não sentisse amor por ele, sendo que até os animais se aproximam dos filhotes para defendê-los e protegê-los.

G4 continuou o exemplo de G5 que lutou para conseguir que o seu marido a acompanhasse na consulta. No início, convidou-o reiteradas vezes para vir à consulta até que um dia o trouxe e ele, ao ouvir o coraçãozinho do bebê, encheu os olhos de lágrimas, pondo sua mão sobre a cabeça da gestante, olharam-se e ela também chorou.

Comenta que depois desse dia, após conversarem muito, resolveram ficar juntos. Atualmente trabalham juntos estando esperando o segundo filho. Nota-se também aqui o diálogo como elemento fundamental para o entendimento em todos os aspectos da vida, podendo ser seguido da reflexão e dar as soluções que tanto anseiam.

Surgiram conselhos, exemplos, trocas de saberes e conhecimentos entre elas, com o objetivo de ajuda mútua.

Retoma a cena o comentário referido a problemas de direitos por parte do empregador, obstaculizando o comparecimento da gestante à consulta do pré-natal. Verifica-se que urge a necessidade de conhecimento por parte das pessoas, no que diz respeito a sua saúde e seus direitos.

G1 comenta que sua empregadora não gosta que ela venha à consulta. Desde o encontro anterior, esta gestante está manifestando esse problema, mas diz que vê que esse acontecimento não surge em todos os lugares.

Ela lembra que, de pequena, acompanhava sua mãe à consulta do pré-natal, que sua irmã mamou no peito e que, quando sua mãe voltou a trabalhar após a licença maternidade, seu pai levava o bebê para a mãe amamentá-lo no seu emprego. Nota-se que existem empregadores inflexíveis e também os opostos.

Percebe-se no comentário expressado, que o bebê deve ser cuidado desde a gestação e que o leite materno é fundamental para o recém nascido. "O leite materno é o alimento ideal para as crianças nos primeiros seis meses de vida, porque atende às necessidades nutricionais da criança, permite uma fácil digestão e

aproveitamento dos nutrientes, fornece proteção contra as infecções, promove a relação afetiva entre a mãe e o filho e é prático, econômico e higiênico. Como nenhum outro alimento pode substituir com vantagem o leite materno, o desmame precoce e/ou substituição do leite materno por fórmulas artificiais são considerados fundamentais para o aumento da mortalidade e de doenças infantis”, Kawamoto, 1995,p.123.

Queixa-se também G4 da incompreensão e falta de apoio de sua empregadora, manifestando que deveria compreendê-la melhor durante sua gestação, devido a ela já ter passado por isso e ter tido filhos.

Surgem outras situações que também afligem as gestantes trabalhadoras as quais comentam: o excesso de trabalho, o cansaço, a falta de carteira assinada, uma avó querendo registrar o neto como seu filho.

O fato gerou no grupo uma discussão acerca de algumas questões pertinentes colocadas tais como: “Você imagina seu filho sendo seu irmão?”, “Com o tempo alguém vai contar, não fica pior?”, “Você acha bom esconder do pai?”, “E quando crescer, casa com a irmã, ou irmão?”

G3 Mostrou-se surpresa perante as perguntas, como se ela não tivesse se detido a pensar sobre o caso e as possíveis consequências.

Talvez possa ser o ponto de partida para ação, reflexão, ação e esta gestante não só viver no mundo e sim estar no mundo e com o mundo.

As participantes neste encontro deixaram transparecer desejos de mudanças.

6.4 – PERSPECTIVAS MATERNAS

Um momento educativo que pareceu ter grande significado foi a realização da oficina de colagem que além de demonstrar o que anteriormente as gestantes tinham manifestado de forma tácita ou explícita exteriorizou o reflexo da gestante durante sua participação.

No quarto encontro houve manifestações de esperanças, inquietações, desejos, aflorando sentimentos e vontade de modificações pessoais.

G1 apresentou no seu trabalho de representação durante a oficina de desenho de uma gestante de pé ao lado de uma escada, um homem sentado abraçando-a e tocando sua barriga e sorrindo expressou:

“ Esta cena está representando a família que sonho ter, sinto a vontade de ser abraçada pelo pai de meu filho, de sentir que me dá carinho a mim e ao bebê através do abraço e do beijo.

Seria muito importante e necessário que ele estivesse junto compartilhando deste momento que é tão importante. Eu seria mais feliz se esta nova família estivesse constituída por mim, meu filho e seu pai. Este neném que recortei e está dormindo no seu quatinho todo arrumadinho também é o sonho que tenho de ter meu filho com saúde e que possa descansar em um ambiente aconchegante” .

Geralmente este é o sonho de toda mulher que talvez passe despercebido e até nem comentado, neste caso deve-se lembrar que ela é uma adolescente solteira e criada em um ambiente familiar bem constituído socialmente e ela acha necessário comentar demonstrando como talvez o único item que falta para ela ser feliz.

G2 Comenta:

“Gestação é um dom de Deus dado à mulher, sendo algo fascinante e maravilhoso que traz junto uma série de emoções que são impossíveis de demonstrar. Quando tive notícias de minha gravidez, através do exame de urina, tive vontade de gritar a todos, me vi girando com o exame em mãos e gritando ao mundo todo que estava grávida, queria compartilhar minha alegria” .

G4, realizou uma colagem com três mães com seus filhos, a 1ª dando de mamar, a 2ª ao lado de uma piscina, os dois de mãos dadas e o terceira, a mãe levando-o nos ombros, rindo e fazendo carinho.

G4 manifestou: Aqui demonstro a vontade e o interesse de proteger meu filho em todas as etapas da vida dele, primeiramente dando-lhe de mamar para ter saúde e crescer com carinho, após ajoelhada na beira da piscina de mão com meu filho, protegendo-o do perigo e, por último ele sentado nos meus ombros, demonstrando ambos alegria e felicidade.

A colagem de G5 representou um lindo bebê nos braços da mãe em companhia dos pais os quais estavam sorrindo e felizes.

G5, expressou: "O nascimento do bebê é muito importante, é o que falta para sermos felizes é darmos maior importância a vida. Sinto que devo dar muito carinho a meu filho para que ao crescer veja que é amado e seja uma criança feliz".

Neste momento houve a desistência de G3, talvez pela situação que ela se encontrava, vendo-se com seus direitos frustrados.

No encontro anterior, surgiram muitas perguntas por parte das outras grávidas, notando-se claramente que tinham intuito de ajudá-la. De acordo com o manifestado por ela os seus pais queriam exercer a função de pais do seu filho e ela tinha de concordar, não sendo nem ouvida nem compreendida pelos pais, verificou-se a possibilidade dela ter entendido que além de ser uma situação difícil para ela não era correta.

Houve a necessidade de trazer para este quarto encontro uma reportagem da revista *Veja* para que as gestantes interpretassem esse texto e sua situação vivenciada fosse vista com outros olhos.

O material expressava o pensamento de uma grávida, e era intitulado "O que digo ao chefe?" Demonstrava que muitas vezes as angústias e temores são infundados, sobretudo quando surge o temor de serem demitidas, substituídas ou prejudicadas no emprego se comunicam de seu estado ao empregador.

Ouviram com atenção e ficaram contentes com a exposição dos fatos de que a personagem da entrevista era uma grávida que imaginou ser discriminada, mas não era tanto como pensava. Surgiu comentário no grupo que poderia ser pior o que viam ou sentiam, mas que sempre os empregadores as sufocam. E deveriam entender mais de mulheres.

6.5 – UM OLHAR SOBRE DIREITOS E OBRIGAÇÕES

Foi evidente o crescimento do grupo, a vontade de aprender e de tirar suas dúvidas. Permitiu-lhes falar de suas angústias e seus desejos relacionados ao trabalho.

Talvez fosse a reunião em que as componentes do grupo estavam mais ansiosas, motivadas e inquietas. Possivelmente se demonstrassem dessa maneira por tratar-se de um tema que lhes é próprio, específico, sobre suas necessidades

diárias ou talvez fosse uma das poucas vezes que tinham a oportunidade de tirar suas dúvidas.

Foram enfocados alguns artigos, como o art.6º o qual menciona como Direitos Sociais à saúde, o trabalho, o lazer, à segurança, à Previdência Social, à proteção à maternidade e à infância.

Foi tirada como conclusão do texto que as mulheres tinham o direito de cuidar de sua saúde e da saúde de seu filho. Sendo o primeiro passo cuidar da mulher gestante, porque cuidando da mãe cuida-se do binômio mãe-feto. A seguir, leu-se o art.7º que fala nos incisos sobre duração do horário de trabalho, do repouso semanal, das férias, da licença gestante com a duração de 120 dias, sem o prejuízo do emprego e do salário, 13º salário, demissão sem justa causa e aposentadoria.

Entenderam que existem diferenças nas leis trabalhistas da mulher gestante trabalhadora doméstica e a mulher grávida trabalhadora comerciária, devido a que esta tem outras considerações tais como: se realiza hora extra, se ocorre acidente de trabalho; sendo a cargo do empregador, horário de trabalho, remuneração do trabalho noturno, superior ao diurno e seguro desemprego. Leu-se também, o art.10º inciso II das Disposições Constitucionais transitórias o qual expõe que fica vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa:

b) empregada gestante desde a confirmação da gestação até os cinco meses após o parto. Este artigo também difere para a gestante trabalhadora doméstica, pois não a inclui.

Foram debatidas as diferenças entre as empregadas domésticas, comerciária, rural e urbana, sendo uma discussão significativa, demonstrando a cada instante a vontade de Ser Mais, compreendendo sua situação e relacionando-a com o conteúdo legal, localizando seus problemas e reconhecendo seus limites.

Foi discutido que todas as pessoas têm direitos como também obrigações e não só direitos, de acordo o art. 2 do Código Civil que diz que todo homem é capaz de direitos e obrigações na ordem civil. É dizer que toda mulher e homem desde o nascimento estão prontos para gozar de todos os seus direitos e submeter-se a todas as obrigações determinadas por lei.

O exemplo de entendimento surgiu quando falaram assim:

G1– “Agora sei sobre os meus direitos e a possibilidade de buscar alternativas para cuidar de nossa saúde.”

Sentiu-se perfeitamente a modificação de pensamento da gestante que no início manifestava angústia, rancor e mágoa ao falar de sua empregadora.

G4 – “Entendi que não devo pagar com meu trabalho nem ela pode me descontar quando venho a consulta do pré-natal”.

Notou-se a tranquilidade no rosto e nas palavras dessa paciente que cada vez que falava de sua empregadora era notório que demonstrava sentimentos negativos e inquietude.

G6 comentou, entendi que tenho um descanso obrigatório e posso comer alguma fruta pela tarde e também posso falar amigavelmente com ele para entender quais são meus direitos se é que ele não sabe.

Estas manifestações foram gratificantes, demonstrando que tínhamos alcançado o objetivo.

Tomando emprestado o pensamento de Freire(1987, p.52) quando diz: “Ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”. Parece-me ser apropriado discutir o processo que está posto neste estudo a cerca da relação das trabalhadoras grávidas com os empregadores dos diversos locais de trabalho. Diante deste fato e principalmente porque o grupo que serviu como fonte de dados neste estudo é constituído por pessoas com atividades de trabalho diversificadas exigindo uma reflexão pelo fato das mulheres grávidas estarem em constante preocupação com a segurança do trabalho, ou melhor dito, com o seu emprego. Este tema as coloca em posição de grupo oprimido.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver esta pesquisa, fundamentada em alguns conceitos da educação problematizadora de Paulo Freire, permitiu, através do diálogo firme e solidário, nos aproximar do perseguido objetivo comum: promoção de mudanças.

Realizando uma ação prática, reflexiva e problematizando as condições de vida, direitos e deveres referente ao cuidado à saúde das mulheres grávidas trabalhadoras estimulou-se à mudança consciente, satisfazendo, desse modo, uma necessidade social.

Incentivando a cidadania, realizada através de um processo educativo em saúde, penso que seja viável conseguir uma vida melhor, como menciona Silva (1992, p.6) ao citar que capacitar os indivíduos para sua autonomia, permite que conquistem melhores condições de vida.

Apesar do pouco tempo vivido junto ao grupo, penso que foi possível praticarmos o exercício da reflexão sobre o conceito de cidadania.

Embora me preocupasse sempre por realizar uma consulta de enfermagem que atendesse as necessidades daquelas mulheres vi e aprendi que o dia a dia nos permite sempre realizar inovações em torno do ser humano.

O ensino aprendizagem foi mútuo, houve troca de experiências e conhecimentos possibilitando a confiança entre os integrantes do grupo, oportunizando um diálogo muitas vezes construtivo e com pouco constrangimento.

Foi gratificante verificar a evolução do processo educativo no qual surgiram opiniões e discussões baseadas no respeito e na comunicação efetiva.

Neste trabalho foram discutidos o direito e a saúde das mulheres grávidas trabalhadoras no qual foram manifestados: tensão, ansiedade, nervosismo, temor, emoções como obstáculos para poderem ir a consultas ao pré-natal e ao emprego.

Estes fatos davam muitas vezes lugar a mal entendidos e mágoas, obstaculizando o comparecimento a todas as consultas, fatores estes que de um modo ou de outro interferem no processo gestacional.

Através da avaliação da prática assistencial percebo que a mulher grávida deveria ser conscientizada nos diversos locais de saúde de suas potencialidades de cidadã.

Nós, trabalhadores da área de saúde, devemos tentar compreender a cliente tratando as ansiedades, nervosismo, desconforto, entre outros, buscando a causa e combatendo-a, para, desse modo, dar-lhe maior qualidade de vida. A família também deve fazer parte do ciclo grávido puerperal, já que é um episódio familiar, devendo todos colaborar positivamente com a gestante, tornando assim um acontecimento significativo e gratificante para todos os seus componentes.

Além disso, a exemplo de diversos estudos também sustento que a adolescente grávida deveria ter uma educação própria e especial, porque ela não é criança nem adulto e sim um ser-humano em fase de transição no qual o corpo, os sentimentos e todo o organismo está em fase de modificações.

Espero que este trabalho sirva para reflexão dos profissionais da saúde para que possamos ver a gestante integralmente para freqüentemente suprir lacunas, melhorando a qualidade do atendimento tão necessária a nossa sociedade. Surgindo, assim, maior qualidade de vida advinda da priorização de ações educativas e preventivas.

Foi uma experiência enriquecedora que contribuiu para um novo olhar à cliente, aumentando meu comprometimento e ampliando a visão da gestante a respeito de pensar em modificações para enfrentar os diferentes obstáculos que se apresentam no cotidiano, dando lugar ao exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACQUAVIVA, Marcus. C. Vademecum da Legislação Pátria. São Paulo: Jurídica Brasileira, 1995

BLAKISTON, Dicionário Médico, 2 ed. São Paulo. Org. Andrei Editora Ltda

BRANDÃO, Carlos R. O que é o método de Paulo Freire, São Paulo: Brasiliense, 1981.

BUCHALA, Anna P. O que digo ao chefe? Veja. São Paulo, n. 11, p 140-141; 1640 ed. Março 2000.

BUENO, F. da S. Dicionário da Língua Portuguesa, 11 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Educação 1981

BURROUGHS, Arlene: Uma introdução a Enfermagem materna. 6 Ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995

CARVALHO, Geraldo M. Enfermagem Obstétrica. São Paulo: EPU, 1990.

COMITÊ NACIONAL DE PROTEÇÃO DO TRABALHO DA MULHER. Manual sobre direitos da mulher trabalhadora, Emec, p. 3-11, 1991.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS, 25 ed, São Paulo: Saraiva, 1999.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, de 05 de outubro de 1988, 12 ed, São Paulo: Atlas S.A., 1998

DAL SASSO, G.T **A crise uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda - um desafio para enfermagem**. Florianópolis 1994 p.228.Dissertação de Mestrado em Enfermagem UFSC

DATASUS - Departamento de Informática do SUS, **Mortalidade materno infantil**, capturado em <http://www.datasus.gov.br>, 2000. Acesso em 25/08/2000.

DO NASCIMENTO, E. **Gênero em Enfermagem**. Salvador- Bahia:Positiva 1996.

DOMINGUES, F.F. "Análise das implicações de enfermagem na assistência pré- natal através de metodologias específicas". Revista Baiana enf. Salvador, N. especial p. 39-59, 1981.

FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia. **Mortalidade materna**. 2000 – infantil capturado <http://www.febbrasgo.com.br>, Acesso em 21 de janeiro de 2001.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986, p.871.

FISCHER, D. **O direito de comunicar, Expressão, Informação e Liberdade**. São Paulo: Brasiliense,1984

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 21ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

_____, **Educação como prática de liberdade**. 21 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____, **Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3 ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____, **Política e educação**, 3 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

_____, **Pedagogia do Oprimido**, Paulo Freire, 13 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

_____, **Pedagogia do Oprimido**, Paulo Freire, 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____, **Pedagogia do Oprimido**, Paulo Freire, 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. Paulo Freire, **Uma bibliografia**, São Paulo: Cortez, 1997.

GAUT, D. & Leininger, **Care: The compassionate healer**. New York: Nationale League for nursing, 1991

HORTA, W. de Aguiar. **Processo de Enfermagem**, São Paulo: Epu 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população(1996)**. [capturado 28/05/2000]. Disponível em <http://www.ppga.ufrgs.br/nutep/estatistica/populacao/contagem/rscont96.shtml>

KAWAMOTO, Emilia. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: Epu. 1979.

KOZU, Kátia T. et al. **Mortalidade Infantil. Causas e fatores de risco: Um estudo Bibliográfico** [s.d.] acesso em 31 de março de 2000. Disponível em <http://www.medstudents.com.br/artigosoriginais>

LAURELL, Asa Cristina. **A Saúde—doença como Processo Social. Medicina Social : Aspectos históricos e teóricos** [s.], 1982 (Mimeogr.)

MAGALHÃES, F. **Clínica Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1993.

MALDONADO, Maria T. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis:Vozes. 1991.

MARANHÃO, Amélia Maria Scarpa A. et al. **Atividades da enfermeira obstétrica no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Epu, 1990.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Lei nº 7.498. **Regulamentação do Exercício de Enfermagem**. Publicado no Diário Oficial da União, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA. **Assistência Pré-Natal**. Manual Técnico. Brasília. 2000.

_____, **Gestação de Alto Risco**. Manual técnico, 3 ed. Brasília, 2000.

MONTICELLI, Maria. **Nascimento com o rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém nascidos**. Florianópolis, UFSC, 1997. Dissertação de mestrado em enfermagem. Curso de Mestrado em Assistência de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

NETO, José Salem. **Vademecum Processual Trabalhista**. 1 ed.:São Paulo – SP: Jurídica Brasileira, 1995.

NEVES, E. Gonçalves, L.H.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem.** In: Seminário Nacional de Pesquisas de Enfermagem. 1984, p.210-229. Florianópolis.

NITSCHKE, R.G.. **Nascer em família, uma proposta de assistência de Enfermagem para a internação familiar saudável,** Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. UFSC.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal – Prática de Saúde a serviço da vida.** São Paulo: Usitec. 1994.

NURSING, **Revista Técnica de Enfermagem.** Janeiro, ano 2, nº8, 1999.

OLIVEIRA, Juarez de, **Código Civil,** 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1989.

PERES, Manuel Luis. **Tratado de Obstetrícia,** 4 ed. Buenos Aires, 1981.

REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA, contenido año 76, vol.2 n.1 julio 1997.

_____, contenido año 1977, vol.3 n.2. febrero, 1998.

_____, contenido año 1978, vol.6 n.2 agosto, 1999.

REZENDE, Jorge. **Obstetrícia .6 ed,** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991

REZENDE, MONTENEGRO. **Obstetrícia Fundamental.** 7ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995

SACCHI, Hugo C. **El parto sin dolor.** 8 ed. Uruguay:Montesexo, 1987.

SSMA/RS (SECRETARIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL) ETATÍSTICA DE SAÚDE: **Mortalidade 1997**. Porto Alegre: Núcleo de Informações em Saúde, V.23, 1998.

SCHNEIDER, Jacó F. **Algumas idéias sobre a atenção integral sobre à criança no atuai sistema de saúde**. Município e Saúde. Ijuí: Uruguai. Ano 2. Nº8 p.30-35, jan-jun 1994.

SILVA, Lúcia de F. da et al. **Família e redes sociais: O uso das práticas populares no processo doença**. In. Silva Yolanda e Flores & Franco, Maria Celsa. **Saúde e Doença: Uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papalivro, p.75-76. 1992.

TRENTINI M, GONÇALVES, L.H.T. **Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de Tecnologia na Enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem, vol.9 nº 1 Janeiro e abril, 2000.

VANZIN, A.; NERY, M.H.S. **Consulta de Enfermagem: Uma Necessidade Social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.

VIEIRA, Lúcia. **Mortalidade Infantil: Desigualdades Sociais em Saúde. Estudo da 7ª Coordenadoria Regional de Saúde**. Pelotas 2000. Dissertação de Mestrado de Enfermagem, UFSC.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos**, 13 ed. São Paulo: Sumus editorial, 1982.

ZIEGEL, Herna E.; e CRANLEY, mecca S.. **Enfermagem Obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ZUGAIB, Marcelo. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Atheneu. 1997.

Anexos

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM

AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVER O TRABALHO NO
AMBULATÓRIO DE ENFERMAGEM

Ilma Sr^a Coordenadora do Curso de Enfermagem Maria Madalena Colla.

Senhora coordenadora,

Ao cumprimentá-la cordialmente, vimos por meio desta solicitar sua autorização para desenvolver um processo de educação a um grupo de gestantes, com o objetivo de realizar a aplicação da minha prática assistencial, requisito exigido nesta disciplina, que provavelmente culminará com a dissertação do mestrado. Sou aluna regular do Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC/UFPel/URCAMP, sendo meu orientador o Dr. Ari Nunes Assunção.

O grupo com o qual pretendo trabalhar será formado por um número de oito gestantes e me comprometo a resguardar os princípios éticos como também o sigilo dos sujeitos envolvidos.

Certa de contar com a sua compreensão, agradeço desde já, me dispondo a esclarecer qualquer dúvida referente ao pedido.

Ciente do acordo

Assinatura da Coordenadora

Gladys M.B.de Souza

Fone res 053 2411922

Email:gladysouza@bol.com.br

Anexo II

**MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
FAPERGS/UFSC/FURG/UFPeI/URCAMP**

Prezada Senhora

Vimos mui respeitosamente, através do presente, solicitar sua colaboração no sentido de participar do trabalho que será por mim desenvolvido na Disciplina de Prática Assistencial do Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem.

O objetivo do trabalho é, através de 05 reuniões, construir um processo de reflexão entre as grávidas usuárias deste Ambulatório de Enfermagem, através da problematização das questões que interferem para o não comparecimento contínuo à consulta de enfermagem no pré-natal. Asseguro, desde já, o sigilo e a ética que será usada neste trabalho, respeitando a privacidade de cada participante.

Gladys M.B.de Souza

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e da metodologia do trabalho. Ainda, recebi as seguintes informações:

- Garantia de receber informações ou respostas sobre qualquer pergunta ou dúvida sobre o trabalho.
- Liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum.
- Certeza de sigilo quanto a minha pessoa, como também das informações dadas.

Responsável pelo trabalho: Mestranda Gladys Martins B. de Souza

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Data: __/__/____

Endereço do responsável: Rua Mariano Niederauer, 831.

Bagé / RS CEP 96405-630 Fone:(53) 241.1922

Anexo III

Convite

Senhora gestante,

Na Segunda-feira, 28/06/1999, terei o prazer de recebê-la para juntas realizarmos o primeiro encontro da prática assistencial no ambulatório de enfermagem, agradecida: Enfª. Gladys Martins B. de Souza.

* Sua presença é indispensável.

Convite

Senhora gestante,

Na Segunda-feira, 05/07/1999, terei o prazer de recebê-la para em grupo realizarmos o segundo encontro da prática assistencial no ambulatório de enfermagem, agradecida:

Enfª. Gladys Martins B. de Souza.

* Sua presença é indispensável.

Convite

Senhora gestante,

Eu e o grupo de gestantes a esperamos na segunda-feira, 12/07/1999, para juntas realizarmos o terceiro encontro da prática assistencial no ambulatório de enfermagem, agradecida:

Enfª. Gladys Martins B. de Souza.

* Sua presença é indispensável.

Convite

Senhora gestante,

Na Segunda-feira, 19/07/1999, teremos o prazer de contar com a sua presença para em grupos realizarmos o quarto encontro da prática assistencial no ambulatório de enfermagem, agradecida: Enfª. Gladys Martins B. de Souza.

* Sua presença é indispensável.

Convite

Senhora gestante,

Na Segunda-feira, 26/07/1999, terei o prazer de contar com sua presença para em grupos realizarmos um diálogo no quinto e último encontro da prática assistencial no ambulatório de enfermagem, agradecida:

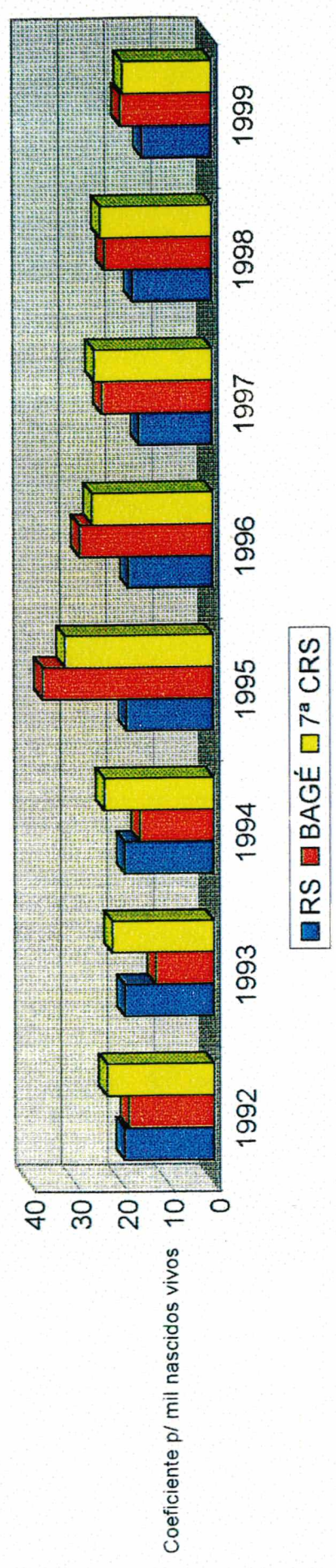
Enfª. Gladys Martins B. de Souza.

* Sua presença é indispensável.

Anexo IV

RS	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
BAGÉ	18,5	12,57	15,98	36,87	28,86	23,84	23,35	19,84
7ª CRS	23,15	21,98	23,68	32,11	26,2	25,6	24,3	19,33

Mortalidade Infantil no RS, na 7ª CRS e em Bagé de 1992 a 1999.



FONTE: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
DADOS ORGANIZADOS POR LÚCIA VIEIRA

ESTATÍSTICA
INFORMAÇÕES BÁSICAS DO SINASC
1997

Local	Total De Nascimentos	Local de Ocorrência - (%)		Recém Nascido			Gestação e Parto - (%)		Mãe - (%)		Coeficientes Gerais				Coeficientes de Mortalidade		
				Peso ao Nascer - (g)	Baixo Peso ao Nascer - (%) < 2.500 g	Prema- turidade < 37 Semanas	Tipo de Parto	Idade da Mãe Até 19 Anos	Instrução da Mãe		Natali- dade	Fertilidade	Neonatal	Inf. Tardia	Infant		
		Hospital	Domicílio						Nenhuma	1.º Grau Incompleto							
RGS	180610	99,0	0,9	3185	8,5	5,8	57,7	19,7	1,8	59,2	18,50	67,65	9,91	5,97	15,85		
7 CRS	4681	99,3	0,7	3189	9,6	9,2	58,6	20,7	2,1	61,7	18,64	70,61	17,09	9,61	26,60		
Bagé	2361	99,6	0,4	3163	10,2	7,8	57,6	20,8	2,2	56,4	20,09	75,45	16,09	8,05	24,14		

1998

Local	Total De Nascimentos	Local de Ocorrência - (%)		Recém Nascido			Gestação e Parto - (%)		Mãe - (%)		Coeficientes Gerais				Coeficientes de Mortalidade		
				Peso Médio ao Nascer - (g)	Baixo Peso ao Nascer - (%) < 2.500 g	Prema- turidade < 37 Semanas	Tipo de Parto	Idade da Mãe Até 19 Anos	Instrução da Mãe		Natali- dade	Fertilidade	Neonatal	Inf. Tardia	Infan		
		Hospital	Domicílio						Nenhuma	1.º Grau Incompleto							
RGS	177464	99,1	0,8	3178	8,7	6,2	58,0	20,1	1,6	58,5	17,99	65,75	10,00	7,23	17,2		
7 CRS	4698	98,9	0,9	3194	8,6	7,8	58,9	20,3	2,5	55,7	18,54	70,22	17,24	7,88	24,9		
Bagé	2313	98,9	0,9	3169	9,6	5,9	58,1	18,2	2,6	50,3	19,42	72,93	17,73	6,49	23,3		

1999

Local	Total De Nascimentos	Local de Ocorrência - (%)		Recém Nascido			Gestação e Parto - (%)		Mãe - (%)		Coeficientes Gerais				Coeficientes de Mortalidade		
				Peso Médio ao Nascer - (g)	Baixo Peso ao Nascer - (%) < 2.500 g	Prema- turidade < 37 Semanas	Tipo de Parto	Idade da Mãe Até 19 Anos	Instrução da Mãe		Natali- dade	Fertilidade	Neonatal	Inf. Tardia	Infant		
		Hospital	Domicílio						Nenhuma	1.º Grau Incompleto							
RGS	185033	99,1	0,8	3176	8,7	6,7	60,7	20,1	1,6	58,5	17,99	65,75	10,00	7,23	17,2		
7 CRS	5275	98,9	0,9	3188	9,1	7,6	56,6	21,2	2,5	55,7	18,54	70,22	17,24	7,88	24,9		
Bagé	2720	98,9	0,9	3161	10,0	6,5	57,2	21,6	2,6	50,3	19,42	72,93	17,73	6,49	23,3		

Fonte: 7ª Coordenadoria Regional de Saúde

COEFICIENTES CALCULADOS COM BASE EM NASCIDOS VIVOS – 1997

Município	Coeficientes Gerais			Coeficientes de			Mort	
	Natalidade	Fertilidade	Perinatal III	Neon.Prec.	Neon.tard.	Neonatal	Inf. Tardia	Infantil
Bagé (sede)	20.09	75.45	27.11	11.86	4.24	16.09	8.05	24.14
Candiota	18.94	70.64	14.08	0.00	0.00	0.00	14.29	14.29
Dom Pedrito	18.08	69.75	50.62	23.91	4.22	28.13	12.66	40.79
Hulha Negra	20.05	80.13	10.20	10.20	10.20	20.41	30.61	51.02
Lavras do Sul	17.16	67.75	23.08	15.50	15.50	31.01	0.00	31.01
Pinheiro Machado	15.93	62.72	9.39	4.72	4.72	9.43	4.72	14.15
São Gabriel	16.85	63.13	32.26	9.71	3.88	13.59	10.68	24.27
7º CRS	18.64	70.61	30.21	12.60	4.49	17.09	9.61	26.70

Fonte: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

Anexo V

COEFICIENTES BÁSICOS DO SINASC
REFERENTES À NASCIDOS VIVOS - 1998

Município	Total De Nascimentos	Local Ocorrência Hospital	de (%)	Sexo (%)		Peso médio ao Nascer -- (g)	Baixo peso ao Nascer -- (%)		Peso insuficiente ao Nascer (%)		APGAR no 5º minuto - (%)	
				Masculino	Feminino		Nascer --	< 2,500 g	Entre 2 500 e 2999g	8 -- 10	ignorado	
Bagé(sede)	2.313	98,9	0,9	50,5	49,5	3.169	9,6	25,0	15,3	84,3		
Candiota	137	96,4	3,6	51,8	48,2	3.115	9,5	16,1	48,9	48,2		
Dom Pedrito	740	99,2	0,8	51,4	48,6	3.243	7,0	19,3	96,2	1,1		
Huiha Negra	103	95,1	2,9	53,4	46,6	3.213	6,8	28,2	73,8	23,3		
Lavras do Sul	140	99,3	0,7	53,6	46,4	3.186	8,6	25,7	95,7	0,7		
Pinheiro	194	98,5	1,5	53,6	46,4	3.198	7,2	23,7	20,6	78,9		
Machado												
São Gabriel	5,2	99,5	0,5	50,8	49,2	3.221	7,7	19,9	76,6	22,0		
7º CRS	4.698	98,9	0,9	51,0	49,0	3.194	8,6	22,7	46,9	51,9		

Fonte: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

REFERENTES À MÃE - 1998
COEFICIENTES BÁSICOS DO SINASC

Município	Total de Nascimentos	idade 10-19 anos	Da 20-34 anos	Mãe 35-49 anos	Nenhuma	Instrução 1ª Grau Incompleto	da 1ª Grau Completo	Mãe 2ª Grau	(%) Superior	Filhos Nenhum	Tidos 1-3	Vivos(%) Mais de 3
Bagé(sede)	2.313	18.2	68.2	13.3	2.6	50.3	20.9	18.2	6.4	38.1	51.2	10.6
Candiota	137	19.0	68.6	11.7	2.9	50.4	16.1	20.4	5.8	41.6	45.3	13.1
Dom Pedrito	740	20.8	64.7	14.2	1.2	60.7	19.2	13.6	5.0	36.6	51.5	11.9
Huilha Negra	103	26.2	56.3	15.5	1.0	71.8	14.9	7.8	1.9	26.2	67.0	8.6
Lavras do Sul	140	25.0	65.0	10.0	0.7	47.9	12.9	20.7	1.4	43.6	46.4	10.0
Pinheiro	194	19.6	68.6	11.3	3.1	62.4	13.9	13.9	5.7	42.8	53.1	4.1
Machado												
São Gabriel	1.071	23.6	64.6	11.5	3.3	62.8	14.4	14.7	4.6	39.9	51.3	8.9
7º CRS	4.698	20.3	12.9	12.9	2.5	55.7	18.3	16.4	5.4	38.5	21.4	10.1

Fonte: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE(7ª CRS)

COEFICIENTES BÁSICOS DO SINASC
REFERENTES À GESTAÇÃO E PARTO - 1998

Município	Total de Nascimentos	Duração da		Gestação(%)	Tipo de		Tipo de		Número de	Pre-natal (%)	Consultas
		Até 36 semanas (premature)	37 - 41 semanas (a termo)		Única	Dupla	Normal	Cesárea			
		42 e + semanas (pós-termo)									
Bagé(sede)	2.313	5,9	93,9	0,0	98,0	2,0	58,1	41,1	8,2	24,5	64,8
Candiota	137	6,6	89,8	0,0	95,6	4,4	58,4	41,6	2,9	14,6	43,8
Dom Pedrito	740	19,6	79,7	0,3	98,2	1,8	65,7	34,2	2,8	65,7	30,7
Hulha Negra	103	4,9	93,2	1,0	93,2	6,8	68,0	31,1	15,5	41,7	38,8
Lavras do Sul	140	5,0	95,0	0,0	94,3	5,7	53,6	45,7	5,0	27,9	62,9
Pinheiro Machado	194	4,6	93,8	0,5	99,0	1,0	63,9	35,6	1,5	6,2	18,0
São Gabriel	5,2	94,5	0,0	11,5	98,6	1,4	55,1	43,8	3,6	59,4	35,9
7º CRS	4.698	7,8	91,7	0,1	97,9	2,1	58,9	40,3	6,0	38,4	49,7

Fonte: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE

AFASTAMENTO EM RELAÇÃO A MÉDIA DO RIO GRANDE DO SUL
 DE ALGUNS INDICADORES
 COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE - 1998

COEFICIENTES DE MORTALIDADE						
PERINATAL III	NEONATAL PRECOCE	NEONATAL TARDIA	NEONATAL	INFANTIL TARDIA	INFANTIL	INFANTIL
15ª	18ª	12ª	15ª	18ª		18ª
18ª	15ª	15ª	18ª	17ª		15ª
14ª	14ª	14ª	14ª	13ª		17ª
17ª	17ª	16ª	17ª	19ª		14ª
5ª	1ª	2ª	1ª	5ª		19ª
16ª	RS	18ª	19ª	12ª		13ª
12ª	19ª	9ª	16ª	6ª		12ª
11ª	6ª	17ª	12ª	14ª		16ª
6ª	5ª	4ª	13ª	11ª		1ª
19ª	13ª	1ª	4ª	9ª		5ª
13ª	11ª	RS	RS	16ª		6ª
1ª	16ª	13ª	5ª	15ª		11ª
RS	4ª	3ª	11ª	RS		RS
4ª	12ª	10ª	6ª	2ª		4ª
2ª	2ª	19ª	2ª	1ª		2ª
8ª	8ª	11ª	8ª	7ª		3ª
9ª	3ª	8ª	3ª	10ª		8ª
3ª	10ª	5ª	9ª	4ª		9ª
10ª	7ª	7ª	10ª	3ª		10ª
7ª	9ª	6ª	7ª	8ª		7ª

FONTE: LÚCIA VIEIRA

AFASTAMENTO EM RELAÇÃO A MÉDIA DO RIO GRANDE DO SUL
DE ALGUNS INDICADORES
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE - 1998

	BAIXO PESO AO NASCER(%)	PREMATURIDADE (%)	CESÁREA (%)	MÃES C/MENOS DE 19 ANOS (%)	MÃES C/ ATÉ 1º GRAU COMPLETO (%)
POSITIVO	18ª	12ª	8ª	11ª	1ª
	14ª	15ª	1ª	5ª	4ª
	19ª	14ª	18ª	14ª	7ª
	2ª	19ª	13ª	16ª	10ª
	16ª	11ª	3ª	13ª	6ª
	13ª	10ª	10ª	17ª	9ª
	11ª	3ª	RS	3ª	RS
	17ª	18ª	7ª	10ª	5ª
	12ª	8ª	19ª	RS	12ª
	8ª	2ª	11ª	7ª	3ª
EM RELAÇÃO	15ª	6ª	12ª	1ª	14ª
	7ª	9ª	2ª	18ª	11ª
	10ª	17ª	16ª	4ª	17ª
	RS	16ª	6ª	8ª	18ª
	1ª	13ª	4ª	12ª	8ª
A MÉDIA	5ª	RS	17ª	19ª	16ª
	4ª	5ª	14ª	3ª	2ª
	3ª	1ª	5ª	15ª	15ª
	6ª	7ª	15ª	10ª	13ª
	9ª	4ª	9ª	9ª	19ª
NEGATIVO					

FONTE: LÚCIA VIEIRA

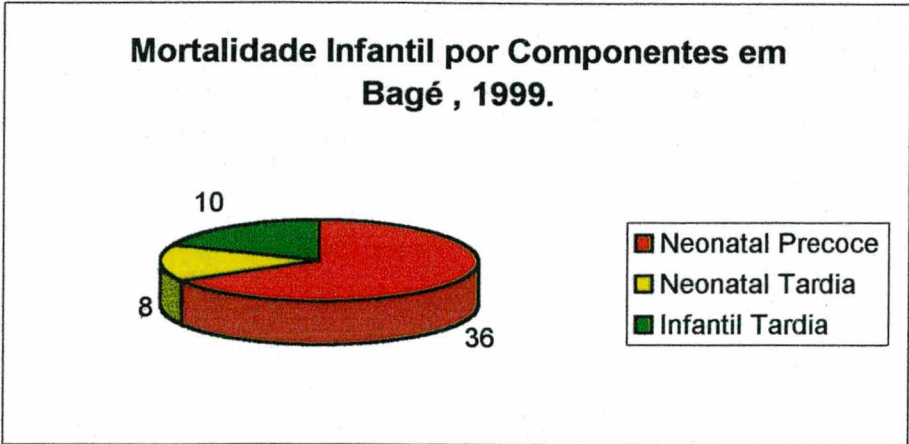
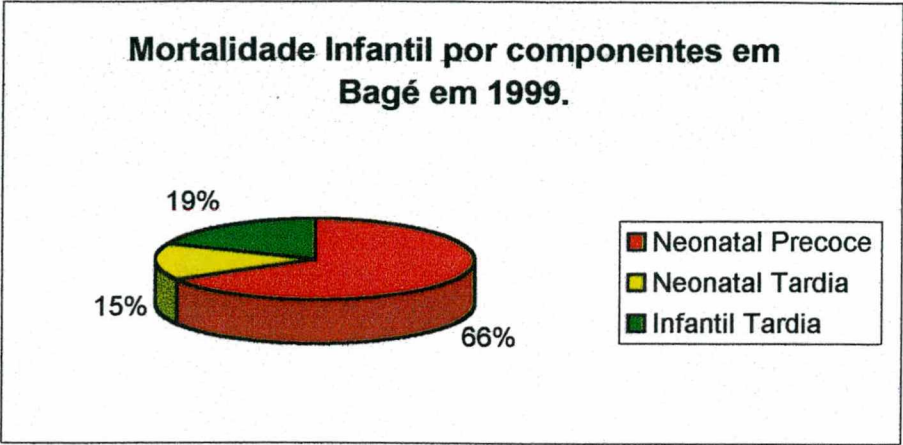
Anexo VI

COEFICIENTES DE MORTALIDADE E NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS NAS FAIXAS ETÁRIAS
NEONATAL PRECOCE, NEONATAL TARDIA, NEONATAL, INFANTIL TARDIA, INFANTIL E GERAL
POR CRS, COM OS RESPECTIVOS MUNICÍPIOS - 1999

Município	Coeficiente					Valor Absoluto					MG	Nascidos Vivos	
	CMNP	CMNT	CMN	CMIT	CMI	CMG	MNF	MNI	MN	MIT			MI
Bagé(sede)	13,23	2,94	15,15	3,67	19,84	8,19	36	8	44	10	54	989	2.722
Candiota	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,74	0	0	0	0	0	37	151
Dom Pedrito	13,62	2,72	16,35	5,45	21,80	8,37	10	2	12	4	16	334	734
Hulha Negra	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,33	0	0	0	0	0	25	117
Lavras do Sul	0,00	0,00	0,00	12,12	15,15	11,92	0	0	0	2	2	80	132
Pinheiro Machado	8,06	4,03	12,10	16,13	28,23	10,14	2	1	3	4	7	135	248
São Gabriel	11,08	2,56	13,54	5,97	19,61	7,43	13	3	16	7	23	461	1173
7º CRS	11,56	2,65	14,24	5,12	19,33	8,06	61	14	75	27	102	2061	5277

Fonte: 7ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE BAGÉ

Neonatal Precoce	36
Neonatal Tardia	8
Infantil Tardia	10



FONTE: 7º COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE